VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 68)
z dnia 21 marca 2017 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 68)

21 marca 2017 r.

Komisja Zdrowia, na posiedzeniu zwołanym w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu na wniosek grupy posłów, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Bartosza Arłukowicza (PO)**, przewodniczącego Komisji Zdrowia, i **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– „Informację Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła na temat negatywnych skutków dla pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi wprowadzenia ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na mocy której ma zostać utworzony system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, tzw. sieci szpitali".

W posiedzeniu udział wzięli: **Piotr Gryza** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Andrzej Jacyna** p.o. prezesa oraz **Maciej Miłkowski** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, **Monika Strychacz** starszy specjalista w Wydziale Interwencyjno-Poradniczym Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Maciej Szustowicz** wicedyrektor Departamentu Zdrowia w Najwyższej Izbie Kontroli, **Andrzej Bochenek** członek Rady Nadzorczej oraz **Paweł Buszman** prezes Zarządu Polsko-Amerykańskich Klinik Serca SA wraz ze współpracownikami, **Dariusz Dudek** przewodniczący Rady Instytutu Kardiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum wraz ze współpracownikami, **Anna Gil-Borowiecka** dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu, **Robert Gil** kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA ze współpracownikiem, **Piotr Hoffman** prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, **Sebastian Irzykowski** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Sebastian Kawalec** prezes Carint Sp. z o.o., **Mateusz Moksik** asystent przewodniczącego Komisji, **Maciej Niezabitowski** prawnik w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych, **Marcin Paternak** prezes Zarządu INTERCARD Sp. z o.o. ze współpracownikiem, **Maciej Piróg** doradca Konfederacji Lewiatan, **Michał Trojakowski** asystent dyrektora SP ZOZ w Myszkowie, **Krystian Wita** dyrektor Górnośląskiego Centrum Medycznego, **Agnieszka Wołczenko** wiceprezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Pacjentów z Chorobami Serca i Układu Krążenia „Eko Serce" oraz **Aleksander Żurakowski** prezes Zarządu Stowarzyszenia Zawodowego Kardiologów Interwencyjnych ze współpracownikiem.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegrzułka**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum. Posiedzenie zostało zwołane w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu. Ten przepis regulaminu stanowi, że na pisemny wniosek 1/3 posłów, członkowi komisji, przewodniczący komisji jest zobowiązany zwołać posiedzenie komisji w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku, czyli w ciągu 30 dni od dnia 17 marca 2017. Zgodnie z wnioskiem grupy posłów, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje informację Ministra Zdrowia na temat negatywnych skutków dla pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi wprowadzenia ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na mocy której ma zostać utworzony system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, tzw. sieci szpitali.

Czy ktoś z państwa wnosi uwagi do porządku obrad? Pan przewodniczący Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Panie przewodniczący, oczywiście trudno, żebym do porządku wnosił uwagi, bo zgodnie z regulaminem Sejmu państwo mają prawo jako grupa posłów zwołać posiedzenie Komisji. Przy okazji, warto poinformować koleżanki i kolegów posłów, że jest w związku z tym przyjęta określona procedura. To znaczy, że nie można tego procedowania przerwać, na przykład, zgłaszać wniosek o zamknięcie dyskusji, ale też nie można zgłaszać dezyderatów, przyjmować stanowisk itd. Oczywiście, państwo mają prawo zwoływać posiedzenia Komisji zgodnie ze swoim uznaniem, jednak chciałbym zwrócić uwagę pana przewodniczącego na dwie sprawy.

Po pierwsze, tytuł tego zaproszenia zawiera tezę. W moim przekonaniu, nie powinno być zaproszenia, informacji i tytułu, nad którym będziemy debatować, z tezą. Tak jest w tym przypadku.

Po drugie, chciałbym zauważyć, że już trzykrotnie dyskutowaliśmy na temat ustawy dotyczącej sieci szpitali. Dyskusja była specjalnie i wyłącznie temu dedykowana. Raz spotkaliśmy się na posiedzeniu Komisji z państwa inicjatywy, podobnie jak teraz. Drugi raz, to było pierwsze czytanie ustawy w podobnym gronie, i dyskutowaliśmy na ten sam temat. Po raz trzeci dyskutowaliśmy na sali plenarnej, gdzie również z państwa inicjatywy była przedstawiana informacja przez ministra zdrowia. Skądinąd, jutro jest drugie czytanie, więc po raz czwarty będziemy o tym dyskutować.

W związku z tym, skoro państwo ciągle chcą po raz kolejny czegoś się dowiedzieć – może przy okazji warto doczytać i zapytać pana ministra – prosiłbym o przynajmniej jedną rzecz, żebyśmy rozmawiali o zasadach, a nie o szczegółach. Przypominam, że na ostatnim posiedzeniu Komisji jedna z pań posłanek, skądinąd spoza Komisji, przyszła specjalnie, aby pytać o konkretny podmiot w sposób niezwykle szczegółowy, niczym członek zarządu tego podmiotu. Mam więc nadzieję, że dzisiejsza dyskusja – wierzę, że pan przewodniczący nad tym zapanuje – będzie przebiegać w sposób merytoryczny i ogólny, dotyczący istoty zagadnienia. Aczkolwiek – jak powiedziałem – nie wiem, dlaczego po raz czwarty będziemy na ten sam temat dyskutować.

Tyle z mojej strony. Oczywiście, nie kwestionuję prawa państwa do zwołania tego posiedzenia Komisji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie przewodniczący, trzeba rozpocząć od uzasadnienia tego wniosku. Inicjatywa rozmowy o sieci szpitali, w mojej ocenie, wymaga nie trzech, czterech, a jeszcze trzydziestu spotkań, żeby omówić najważniejsze zmiany, które państwa rząd przygotowuje dla pacjentów.

Chcę panu przypomnieć, że kiedy wprowadzaliśmy pakiet onkologiczny i pan był przewodniczącym Komisji, a ja ministrem zdrowia, to pan przewodniczący wzywał mnie na posiedzenie Komisji nie cztery a czternaście razy…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Rozumiem, że jest to figura retoryczna…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie przewodniczący, chciałbym skończyć…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

…zamiast trzy, czternaście. Czy nawet zamiast dwa, czternaście.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Chciałbym też przypomnieć, że pod pana przewodnictwem było zwołane specjalne posiedzenie Komisji Zdrowia w sprawie reorganizacji oddziału proktologii jednego ze szpitali warszawskich. Zatem, wszystkie tematy są dla nas ważne i równej wagi – zarówno sieć szpitali, jak i reorganizacja oddziału proktologii w warszawskim szpitalu.

Proponuję taki przebieg posiedzenia. Chciałbym żeby posłowie wysłuchali uwag profesjonalistów, ekspertów kardiologii w Polsce, dotyczących środowiska kardiologicznego i przyszłości kardiologii w Polsce po potencjalnym przyjęciu przez parlament ustawy

o sieci szpitali. Potem odniesiemy się do tego jako posłowie – ci z państwa, którzy uznają to za zasadne, zadadzą pytania – i oczywiście rząd, który ustosunkuje się do dyskusji. Bardzo proszę, panie przewodniczący.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja jednak z drobną korektą, panie przewodniczący. Ponieważ – jak rozumiem – skoro się spotykamy, to czegoś nie wiemy, to proponowałbym, żeby rząd mógł przedstawić te rzeczy, których osoby dzisiaj zaproszone potencjalnie nie wiedzą. Później, oczywiście, rząd na podstawie tych dokumentów będzie również pytany i na koniec do tego się odniesie – jak pan słusznie powiedział – bo inaczej byłaby to wyłącznie dyskusja polityczna, a chodzi przecież o dyskusję merytoryczną.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jeszcze pani przewodnicząca Małecka-Libera.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Ja chciałabym się odnieść do tego, co powiedział przed chwilą pan przewodniczący, że posiedzenie Komisji odbywa się dlatego, że czegoś nie wiemy. Rzeczywiście, bardzo chcemy, żeby dzisiejsze posiedzenie było merytoryczne, a nie wiemy właśnie tego, dlaczego poziom sercowo-naczyniowy nie znajduje się w zapisach ustawy. Z kolei wiemy, że pod kątem epidemiologicznym wszystkie schorzenia sercowo-naczyniowe – co podkreślam, a jest to bardzo szeroki zakres – są największym zabójcą. Największą śmiertelność przynosi właśnie ta grupa schorzeń. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dobrze. Nie ma żadnego problemu. Możemy zacząć od rządu. Panie ministrze, bardzo proszę. Nauczony jednak doświadczeniem z poprzednich posiedzeń Komisji, panie ministrze… Czy pan minister mnie słyszy? Bardzo proszę pana ministra o zwięzłą wypowiedź. Technika sprawnego prowadzenia posiedzenia Komisji jest mi bliska, więc proszę pana o dostosowanie się do tych zasad. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, wydaje mi się, że zawsze w zwięźle prezentuję informacje, dlatego pana uwagę traktuję w dziwny sposób, szczególnie w kontekście tematu zwołanego posiedzenia Komisji, w którym postawiona jest określona teza. Chcę również powiedzieć, że dzisiaj jest to już drugie spotkanie, ponieważ pierwsze było w Polskiej Agencji Prasowej. Tam była przedstawiana prezentacja, którą przygotowali kardiolodzy. Byli tam przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia i odbyła się dyskusja w wymiarze merytorycznym, istotnym dla zagadnienia.

Jeśli można, chciałbym zaprezentować informację ze strony Ministra Zdrowia. Tę informację – jeśli pan przewodniczący pozwoli – zaprezentuje prezes NFZ, pan Andrzej Jacyna. Jeśli można, podłączymy nasz komputer, żeby wyświetlić tę prezentację.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę.

P.o. prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Andrzej Jacyna:

Dzień dobry państwu. Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, przedstawiam kilka informacji dotyczących kardiologii interwencyjnej.

Jeżeli chodzi o zmiany, to one dotyczyły głównie wycen w kardiologii interwencyjnej, które nastąpiły w dwóch latach. Pierwsza zmiana od 1 lipca 2016 r., a druga zmiana od 1 stycznia 2017 r. Nie spowodowały one znaczącej zmiany, jeśli chodzi o liczbę wykonywanych świadczeń, czyli dostępność. Natomiast, na wykresach widać zdecydowany spadek wartości tych świadczeń przy zachowaniu liczby świadczeń. Proszę o następny wykaz.

Tutaj jest pokazana liczba hospitalizacji w ujęciu za dwa lata. Jak widzimy, liczba świadczeń realizowanych w latach 2015 i 2016 jest praktycznie ta sama.

Jeżeli chodzi o zabezpieczenie tych świadczeń od 1 października 2017 r., to część świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu kardiologii interwencyjnej jest nastawiona wyłącznie na te procedury. Oni najczęściej współpracują ze szpitalami, które znajdą się w sieci i realizują świadczenia na zasadzie uzupełniania się nawzajem. Czyli,

podmiot podstawowy, który znajdzie się w sieci, ma oddział kardiologii zachowawczej, natomiast kardiologia interwencyjna jest najczęściej podmiotem prywatnym, realizującym tylko ten zakres świadczeń. To ma tak samo wyglądać od 1 października, przy czym, świadczenia z zakresu kardiologii interwencyjnej, które nie znajdą się w sieci, będą kupione w ramach konkursów uruchomionych w tym celu na początku lipca.

Jakimi przesłankami będziemy się kierować przy decyzjach o ogłaszaniu konkursów? Chcemy wprost zastosować propozycje Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które określiło, jak powinno się budować taką „sieć kardiologii interwencyjnej”, a więc, jaka powinna być dostępność do tych świadczeń. Są to cztery parametry podstawowe, czyli, minimum 4-5 świadczeniodawców na 1 mln mieszkańców, maksymalny czas dojazdu 30 minut, pracownia musi pełnić dyżur hemodynamiczny 24 godziny na dobę. Muszą też być spełnione wymogi PTK, jeżeli chodzi o akredytację takiego ośrodka przez to Towarzystwo, a także musi on wykonywać minimum 400 zabiegów przezskórnej interwencji wieńcowej.

Jeżeli chodzi o aktualną sytuację, jest to 161 podmiotów. Suma zabezpieczająca dla naszej populacji, zgodnie z propozycją PTK, to 154 podmioty. Aktualna liczba jest więc większa niż zakładana. Czyli, na dzisiaj mamy pełną dostępność do tych świadczeń. Minimum 400 zabiegów spełnia 128 podmiotów. Szacowana liczba podmiotów bez kwalifikacji do podstawowej sieci szpitali to 30. Świadczenia w tych podmiotach w zdecydowanej większości będą kupione w drodze konkursu.

Przykłady zabezpieczenia tych świadczeń, jeżeli chodzi o całą Polskę. Widzimy, jak to wygląda. Kardiologia na pierwszym stopniu to 7%, na drugim – 15%, na trzecim – 30%, ogólnopolskim – 30%. Do konkursu planujemy 18%. To, jeśli chodzi o całą Polskę, ale oczywiście jest różnie, w zależności od województwa. Proszę o przykłady.

Następny slajd proszę. Zabezpieczenie świadczeń w kardiologii interwencyjnej w ramach podstawowej sieci szpitali i w drodze konkursu. Podział jest następujący: pierwszy stopień – 6%, drugi stopień – 19%, trzeci – 31%, ogólnopolski – 19%, a w konkursie – 25%. To jest prawdopodobny podział kontraktów w ramach zabezpieczenia pełnej sieci kardiologii inwazyjnej w Polsce. I przykład Mazowsza, gdzie – jak widzimy – zdecydowana większość świadczeń jest w ramach sieci. Tylko 2% wypadłoby kupić w drodze konkursu.

Są jednak województwa, gdzie jest na odwrót. Typowy przykład, to województwo opolskie, gdzie z czterech działających podmiotów tylko jeden znajdzie się w sieci. Świadczenia w pozostałych trzech będą musiały być kupione w trybie konkursowym. Jeżeli chodzi o spełnianie warunków dotyczących wytycznych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, to dzisiaj spełniają je 4 podmioty. Szacowana liczba podmiotów wchodzących do podstawowej sieci szpitali to jeden podmiot, populacja województwa około 1 mln. Kryterium – ośrodek na 250 tys., czyli 4 podmioty są wystarczające. Szacowana liczba do zakontraktowania poza siecią to 3 podmioty.

Podobnie wygląda sytuacja w świętokrzyskim, przy czym, tu nie mamy podmiotów na pierwszym poziomie. Na drugim jest 34%, na trzecim – 40%. 25% świadczeń do kupienia w trybie konkursu. Tak to wygląda na mapie. Jak widać, sieć tych jednostek jest prawidłowo rozmieszczona i zapewnia dostępność przewidzianą w wytycznych PTK.

Jak to wygląda, jeżeli chodzi o liczby świadczeniodawców? Aktualnie w województwie świętokrzyskim mamy ośmiu świadczeniodawców, sześciu kwalifikujących się do sieci, poza systemem jeden podmiot, w którym są dwa cathlaby – chodzi o Starachowice. Populacja powiatu – 92 tys. mieszkańców. Poza systemem jest drugi podmiot, który jako jedyny realizuje świadczenia na południu województwa świętokrzyskiego, dlatego będziemy musieli je kupić, żeby wypełnić kryterium 30 minut dojazdu.

Przy tworzeniu planu zakupów w formie konkursowej, chcemy wykorzystać przede wszystkim wytyczne PTK i mapy potrzeb zdrowotnych. Z aktualnych prac nad stanem finansów Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że środki, które prawdopodobnie zostaną uruchomione w drugim półroczu, w pełni pozwalają na zakupienie tych świadczeń zgodnie z potrzebami i wytycznymi PTK.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, można więc to podsumować w ten sposób, że do systemu zabezpieczenia szpitalnego wchodzi część podmiotów wykonujących świadczenia w zakresie kardiologii, w tym szczególnie kardiologii interwencyjnej. Natomiast, w tych obszarach, gdzie nie zostanie zagwarantowany właściwy dostęp do świadczeń, będą przeprowadzone konkursy ofert. W tej krótkiej prezentacji, na przykładzie dwóch- trzech przykładów, pokazaliśmy, według jakich zasad będzie to przeprowadzane. Wydaje się, że ten sposób pozwoli na racjonalny zakup świadczeń i zagwarantuje odpowiedni dostęp do świadczeń w zakresie kardiologii, a szczególnie kardiologii interwencyjnej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Panowie eksperci. Pan profesor, bardzo proszę. Proszę o przedstawienie się i instytucji, jaką pan reprezentuje.

Przewodniczący Rady Instytutu Kardiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum Dariusz Dudek:

Dariusz Dudek, przewodniczący Rady Instytutu Kardiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Chciałbym państwu przekazać dane narodowe. To nie będą szczegółowe dane z jednego ośrodka, tylko dane narodowe. Są to dane z narodowej bazy kardiologicznej – prezentacja jest na ekranie – dotyczące całego kraju. Baza została przeanalizowana w ostatnich dniach przez zespół Uniwersytetu Jagiellońskiego, który jest kierowany do tego zadania od wielu lat. Proszę państwa, to jest mapa Polski…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie profesorze, przepraszam, że przerywam. Proszę bliżej mikrofonu, bo akustyka na tej sali jest bardzo zła.

Przewodniczący Rady Instytutu Kardiologii UJ CM Dariusz Dudek:

Mam przygotowaną inną mapę, z odcięciem 1000 zabiegów angioplastyki poniżej i powyżej, dlatego, że podzieliłem te ośrodki na duże i małe, kierując się wcześniejszymi wypowiedziami pana ministra Gryzy, że promujemy duże ośrodki, i słusznie, ale nie zapomnijmy o małych, bo te mapy są komplementarne. Dzisiaj widzę to kryterium 400 pci przedstawione przez pana prezesa Jacynę. Mam przygotowane również takie mapy w szczegółowych analizach co setkę, ale zobaczcie państwo skalę małych i dużych ośrodków. Proszę o następne...

Jeżeli przeanalizujemy bazę narodową i popatrzymy na 113 tys. zabiegów wykonanych w 2016 r., to, ku naszemu zdziwieniu – nie byliśmy świadomi tego, bo tę analizę wykonałem 48 godzin temu – 123 ośrodki wykonują 72 tys. zabiegów. Czyli, małe ośrodki robią w Polsce więcej zabiegów niż duże. To jest duże zaskoczenie dla nas. Następne, proszę.

W ten sposób 65% zabiegów wykonywanych jest w małych ośrodkach, a 35% zabiegów w skali kraju wykonywanych jest w dużych ośrodkach. Dlatego sieć kardiologii interwencyjnej i kardiologii w ogóle, w pewien sposób wyprzedza ustawę o sieci szpitali. Chodzi nam więc o to, żeby ta ustawa nie zmiażdżyła ośrodków kardiologii interwencyjnej, które mają komplementarną strukturę w zakresie dużych i małych ośrodków. Następne, proszę.

Popatrzmy na to, co robią duże i małe ośrodki. Małe ośrodki w 70-procentach zajmują się leczeniem ostrych zespołów wieńcowych. Ośrodki duże bardziej koncentrują się na zabiegach planowych, co jest słuszne. Proszę o następne...

Jeżeli popatrzymy na rozbicie struktury ostrych zespołów wieńcowych – niebieskie słupki oznaczają zawały serca STEMI i NSTEMI – widzimy, że te ośrodki znowu koncentrują się na ratowaniu życia, głównie w regionach wiejskich i małych miast. Tam zabezpieczają potrzeby związane z ratowaniem życia. Natomiast, duże ośrodki leczą więcej niestabilnych dusznic bolesnych i stabilnej dławicy, czyli prowadzą zabiegi planowe. Proszę, następne. Proszę więc zapamiętać, że 70% aktywności takich małych ośrodków to jest leczenie pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi. Proszę dalej.

Jeżeli popatrzymy na narodową bazę danych i śmiertelność okołozabiegową – bo w tej bazie posiadamy takie dane – to wyniki leczenia małych i dużych ośrodków są bardzo podobne. I faktycznie w PAP-ie o godzinie 10.00 epidemiolodzy potwierdzili, że jest zrównana przeżywalność pacjentów z zawałem serca w małych miastach i dużych dzięki szerokiej dostępności kardiologii interwencyjnej w Polsce. Proszę zwrócić uwagę na ostatnią linijkę, że zabiegi u chorych po zatrzymaniu krążenia – a więc te najcięższe – nawet częściej występują w małych ośrodkach. Tak więc ich rola w ratowaniu życia jest fundamentalna.

Popatrzmy na terytorialne pokrycie kraju z przedziałem, który przygotowałem na dzisiaj, 1000 zabiegów leczonych w zawale serca na rok, więcej lub mniej. Żółte pola, to duże ośrodki. To jest pokrycie terytorialne. Gdyby taka była linia odcięcia, byłoby fatalnie. Cieszy mnie ta deklaracja czterystu zabiegów, bo gdyby cięcie było na poziomie tysiąca – proszę pokazać następne – to te wszystkie ośrodki oznaczone kolorem niebieskim by znikły. Czyli, tyle niebieskiego obszaru zniknęłoby z zabezpieczenia w kraju, co – tak uważam – byłoby dużą szkodą dla modelu wypracowanego w ciągu 20 lat przez wiele autorytetów, na rzecz prowadzenia zabiegów ratujących życie. Proszę dalej.

W związku z tym, uważamy, że dobrym rozwiązaniem jest zachowanie aktualnej struktury. Potwierdzam, że sieć małych i dużych ośrodków w Polsce jest komplementarna. Ona powinna być ujęta w ramach zabezpieczenia, o którym dzisiaj mówimy- czy poprzez tryb konkursowy, czy tryb sieci szpitali – ponieważ te procedury ratują życie. Proszę o następne. W związku z tym, we wnioskach prosimy, aby w ustawie o sieci – w tym projekcie, który jest aktualnie dostępny – jasno zdeklarować rolę kardiologii interwencyjnej, o czym już słyszymy, dlatego, że gdyby doszło do upośledzenia działania tych małych ośrodków, głównie dotyczyłoby to małych miast i wsi, które w 2018 r., bardzo boleśnie to odczują.

Dzisiaj o godzinie 10.00 przedstawiałem również analizy z Narodowego Funduszu Zdrowia, bo tak jak państwo kontrolują jakość kardiologów – za co dziękujemy, bo nasze dane są porównywane – tak my postawiliśmy sobie zadanie i sczytaliśmy wszystkie budżety, które są dedykowane z NFZ na leczenie szpitalne. Okazuje się, że w roku 2017, w pierwotnym projekcie na leczenie szpitalne przeznaczone jest tylko 32 mld zł, w stosunku do około 35 mld zł za rok poprzedni. Pan prezes wyjaśnił nam dzisiaj, że jest to pierwotny plan, który będzie skorygowany, że ten był przyjęty przez Sejm, ale widzimy wyraźnie ten sam poziom finansowania dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, widzimy wyraźny wzrost środków dla podstawowej opieki zdrowotnej o 1,1 mld zł, widzimy dużą rezerwę, w przypadku której nie wiemy, jak będzie dedykowana, bo doszłoby w ten sposób do upośledzenia leczenia szpitalnego. Pan prezes Jacyna dzisiaj nam wytłumaczył, że będą po prostu redystrybucje w tym budżecie, i na to liczymy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy ktoś z gości chce jeszcze zabrać głos? Przypominam o przedstawianiu się i instytucji, jaką państwo reprezentują.

Prezes Zarządu Polsko-Amerykańskich Klinik Serca SA Paweł Buszman:

Paweł Buszman, Stowarzyszenie Zawodowe Kardiologii Interwencyjnej. Jestem profesorem Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Czy pan profesor mógłby powtórzyć, w imieniu kogo pan przemawia?

Prezes Zarządu Polsko-Amerykańskich Klinik Serca SA Paweł Buszman:

Paweł Buszman, profesor Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Reprezentuję również Stowarzyszenie Zawodowe Kardiologów Interwencyjnych. Jestem też prezesem Zarządu Polsko-Amerykańskich Klinik Serca.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę. Czy pan też z prezentacją, panie profesorze?

Prezes Zarządu Polsko-Amerykańskich Klinik Serca SA Paweł Buszman:

Tak, też z prezentacją. Prezentacja już jest wyświetlana.

Szanowni państwo, moja prezentacja jest może bardziej ogólna, ale zwraca uwagę nie tylko na codzienną działalność, o której mówił pan profesor Dudek, ale też na to, jak nasza działalność powinna i może się przekładać na demografię i gospodarkę kraju. Bardzo proszę.

Szanowni państwo, raport Rządowej Rady Ludnościowej z ostatniego roku wskazuje, że choroby układu krążenia są w dalszym ciągu główną przyczyną zgonów Polaków i stanowią 45,8% wszystkich zgonów. Pomimo pozytywnych zmian trendów w zakresie umieralności, o których za chwilkę powiem, w dalszym ciągu są one dwukrotnie częstsze niż w przypadku wysokorozwiniętych krajów Unii Europejskiej.

To są dane GUS-owskie za lata 2000-2014. W tym czasie zanotowano spadek liczby zgonów z powodu zawału serca aż o 54 % i z powodu choroby wieńcowej o 31%. Jest to olbrzymi sukces polskiej kardiologii, polskich kardiologów, kardiologów interwencyjnych i tych wszystkich, którzy zadbali o to, żeby rozwinęła się sieć interwencyjnego leczenia, kardiologii interwencyjnej. Ten model leczenia pierwotną angioplastyką wieńcową zaczęliśmy w Polsce rozwijać od 1985 r., bo wtedy powstał pierwszy w Polsce program leczenia zawału serca w Zabrzu.

Szanowni państwo, nadumieralność w wieku produkcyjnym w Polsce w dalszym ciągu jest najwyższa w Europie. Zatem, nie tylko żyjemy krócej od obywateli innych, bogatych krajów UE, ale mamy olbrzymią nadumieralność w wieku produkcyjnym. Ta nadumieralność – następne przeźrocze – dotyczy głównie pacjentów w wieku powyżej 65 roku życia, a więc w wieku produkcyjnym. Tutaj przedstawiam porównanie z różnymi krajami UE. To są dane publikowane European Heart Journal. Widzą państwo, że w wieku produkcyjnym poniżej 65 roku życia zarówno u mężczyzn, jak u kobiet, śmiertelność w Polsce jest przeciętnie dwukrotnie wyższa niż w innych krajach. To przekłada się oczywiście na długość życia w Polsce. W szczególności, jeśli chodzi o przeżycie Polaków, bo ta różnica w stosunku do średniej europejskiej jest mniejsza o 6 lat jeśli chodzi o mężczyzn i 2 lata, jeśli chodzi o kobiety. Następne przeźrocze.

Również Rządowa Rada Ludnościowa wskazuje na olbrzymi problem demograficzny w Polsce, jaki nas czeka. Spadek urodzeń, wysoka umieralność, głównie z powodu chorób układu krążenia, powoduje obecne problemy demograficzne i depopulację polskiego społeczeństwa. Przewiduje się, że do 2050 r. ubędzie 9,9% Polaków, a główną przyczyną tej depopulacji jest niski poziom urodzeń, który spada. Następne przeźrocze poproszę. Mam nadzieję, że nowe programy, jak 500+, pomogą dźwignąć tę krzywą. Jednak kraje zachodnie uporały się z problemem niskiego przyrostu naturalnego poprzez wydłużenie okresu życia i zmniejszenie liczby zgonów, głównie zgonów sercowo-naczyniowych.

Francja i Holandia po raz pierwszy pokazały, że można zmniejszyć śmiertelność sercowo-naczyniową o 50% i poniżej śmiertelności spowodowanej chorobami onkologicznymi. Niestety, my w Polsce borykamy się przede wszystkim z niedoborem finansowania opieki zdrowotnej generalnie. Proszę zwrócić na to uwagę – to jest raport OECD z 2015 r., który pokazuje, że jesteśmy na szarym końcu krajów OECD, jeśli chodzi o procent PKB przeznaczanego na ochronę zdrowia. U nas, oszczędzamy.

Dotychczasowe nakłady na szpitalnictwo również są poniżej średniej europejskiej. Polskę widzimy poniżej połowy peletonu. Jest to spowodowane zbyt niskimi nakładami na leczenie chorób, również układu krążenia. Proszę zwrócić uwagę na to, że ocena ochrony zdrowia w Polsce jest również bardzo niska. European Health Consumer Index plasuje Polskę na 32 miejscu, a więc bardzo daleko.

Jak wyglądają wydatki na kardiologię w stosunku do, między innymi, onkologii? W krajach OECD wydatki na leczenie chorób układu krążenia to 13 do 23% budżetu szpitalnego, na choroby nowotworowe 4 do 15%. Tymczasem w Polsce nasze wydatki na kardiologię to poniżej 10% wydatków na szpitalnictwo, a więc nie można powiedzieć, że kardiologia wyjada rodzynki i wisienki z tortu, bo to nie jest prawda. My nie przejadamy budżetu. Przeciwnie, działamy bardzo gospodarnie.

Następne przeźrocze. Proszę zwrócić uwagę na to, że lepsza ocena kardiologii w Polsce, według raportu European Heart Index 2016 – tu jesteśmy na 18 miejscu, a nie na 32,

jak cała nasza ochrona zdrowia – jest właśnie dzięki temu, że te skromne środki, o których mówimy, do tej pory dobrze zagospodarowaliśmy. To przekłada się, między innymi, na to, co powiedziałem. To jest populacyjne osiągnięcie kardiologii w Polsce – spadek umieralności z powodu choroby wieńcowej, co European Health Consumer Index ocenił bardzo pozytywnie. W zasadzie to jedna pozytywna rzecz w naszej ochronie zdrowia, która została podkreślona w tym raporcie. Następne przeźrocze.

Tymczasem mamy zmniejszenie wyceny i nakładów na leczenie sercowo-naczyniowe, negowanie potrzeb i limitowanie świadczeń w zakresie usług sercowo-naczyniowych, w tym AOS i zabiegi naprawcze, brak poziomu sercowo-naczyniowego w planowanej sieci szpitali, planowane obniżenie nakładów na świadczenie szpitalne, w tym właśnie na usługi sercowo-naczyniowe, bo to wynika z naszych wyliczeń, i negowanie osiągnięć, między innymi, prywatnego sektora świadczącego usługi sercowo-naczyniowe. Natomiast już w tej chwili wiemy z publikacji naukowych w Health Economics, że śmiertelność sercowo-naczyniowa przekłada się bezpośrednio na dobrobyt, na mikro i makroekonomię kraju. Następne przeźrocze.

Wiemy, że wydłużenie życia o jeden rok zwiększa PKB o 4%, natomiast redukcja śmiertelności sercowo-naczyniowej o 10% może podwyższyć PKB o 1%. Następne przeźrocze.
Konsekwencje negowania roli kardiologii to wzrost umieralności z powodu chorób układu krążenia, utrzymanie negatywnych trendów demograficznych i depopulacja Polski, negatywny wpływ na mikro i makroekonomię, brak dalszego obniżenia umieralności z powodu chorób układu krążenia.

Co możemy zrobić? Jeżeli przyjmiemy, że rozwój kardiologii jest polską racją stanu, to powinniśmy poprawić dostęp do usług sercowo-naczyniowych, zwiększać nakłady na leczenie chorób układu krążenia o nawet 50%, aby zmniejszyć śmiertelność sercowo-naczyniową o 50% w ciągu następnych pięciu-sześciu lat, co da wzrost gospodarczy o 5%. Następne przeźrocze.

Nasz apel, to: stworzenie programu Kardiologia 2017+; stworzenie odrębnego poziomu sercowo-naczyniowego z profilem nie tylko kardiologii, ale i kardiologii inwazyjnej, elektroterapii, elektrofizjologii, kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej; nielimitowany dostęp do porad kardiologicznych; zabiegów sercowo-naczyniowych; unowocześnienie koszyka usług sercowo-naczyniowych oraz ponowna ich wycena; stopniowe podniesienie wydatków na leczenie chorób układów krążenia do standardów OECD i Unii Europejskiej oraz rozszerzenie dostępu do leczenia inwazyjnego innych schorzeń, takich jak udar mózgu czy miażdżyca obwodowa; stworzenie specjalizacji multidycyplinarnej. Dziękuję bardzo, to wszystko.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy ktoś z państwa chce jeszcze zabrać głos w tej części dyskusji? Nie widzę zgłoszeń. Oddaję głos posłom… Przepraszam pana posła. Jeszcze ktoś się zgłasza. Przepraszam, nie widzę z tej odległości. Proszę się przedstawić i powiedzieć, kogo pani reprezentuje.

Wiceprezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Pacjentów z Chorobami Serca i Układu Krążenia „Eko Serce" Agnieszka Wołczenko:

Witam państwa serdecznie. Agnieszka Wołczenko. Jestem wiceprezesem Zarządu Głównego Stowarzyszenia „Eko Serce"… To jest Stowarzyszenie Pacjentów z Chorobami Serca i Układu Krążenia

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę mówić bliżej mikrofonu.

Wiceprezes ZG Stowarzyszenia Pacjentów z Chorobami Serca i Układu Krążenia „Eko Serce" Agnieszka Wołczenko:

To jest Stowarzyszenie Pacjentów z Chorobami Serca i Układu Krążenia „Eko Serce". Agnieszka Wołczenko, wiceprezes Zarządu Głównego.

Szanowni państwo, jestem tutaj dzisiaj jako przedstawiciel sporej grupy pacjentów, którzy zmagają się z problemami zdrowotnymi związanymi z chorobami układu krążenia, serca i układu naczyniowego. Chciałabym powiedzieć kilka zdań na ten temat.

Zadaniem sieci szpitali jest zapewnienie opieki medycznej dla całej populacji chorych. My, pacjenci, chcemy zapewnienia, że dyskusja nad organizacją sieci szpitali spowoduje lepszą opiekę dla chorych na przewlekłe choroby serca. Wspominali o tym wcześniej przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia mówiąc, że część środków uzyskanych dzięki zmianie wyceny niektórych świadczeń, będzie wykorzystana na poprawę wyceny świadczeń dla chorych z przewlekłymi chorobami serca.

Pamiętajmy, że połowa zgonów w Polsce jest związana z chorobami układu sercowo -naczyniowego. O ile wyniki w leczeniu zawałów serca dorównują efektom krajów najbogatszych, o tyle w przypadku przewlekłych chorób serca jest odwrotnie. Głównym problemem wśród chorób przewlekłych jest niska skuteczność leczenia niewydolności serca oraz bardzo wysokie wydatki związane z nadmierną hospitalizacją. Polska dwukrotnie przekracza średnią dla tych krajów, a brak wyodrębnienia w ustawie szpitali specjalistycznych, które będą się zajmować leczeniem układu krążenia, serca i naczyń, wzbudza bardzo duże obawy pacjentów pod kątem ograniczenia dostępu do opieki medycznej. Dotyczy to osób już chorujących, wymagających stałej kontroli medycznej oraz leczenia powikłań, które w trakcie trwania choroby nieuchronnie się pojawiają. Dla osób dotkniętych chorobami serca i naczyń zamknięcie dotychczasowych ośrodków oznaczać będzie znaczne utrudnienie dostępu do opieki medycznej albo jej całkowite uniemożliwienie.

Zazwyczaj osobami, które cierpią na choroby układu krążenia czy schorzenia serca, są osoby starsze, dla których konieczność podróży na dość spore odległości, na przykład na badanie czy leczenie do dużych ośrodków znajdujących się w miastach wojewódzkich, stanowi problem, po pierwsze, komunikacyjny, a po drugie, finansowy. Projektowane zmiany wprowadzające sieć szpitali bez szpitali kardiologicznych nie znajdują uzasadnienia w częstości występowania chorób. Jak już wspominali moi przedmówcy, po 65 roku życia większość ludzi choruje z powodu schorzeń sercowo-naczyniowych, a 50% populacji umiera z tej przyczyny. Takie rozwiązanie uderzy w ogromną liczbę pacjentów, największą populację pod względem częstości występowania chorób, zwłaszcza tych biedniejszych, głównie z terenów wiejskich i mniejszych miejscowości. Wiele osób z racji utrudnienia dostępu zrezygnuje z systematycznego leczenia, co z pewnością przełoży się na wzrost śmiertelności, a także zwiększy koszty leczenia częściej występujących powikłań. Wiele osób umrze, ponieważ pomoc nie nadejdzie na czas.

Wnosimy jako pacjenci o utrzymanie istniejącej sieci ośrodków kardiologicznych i dostosowanie mapy tych potrzeb do realiów na terenie naszego kraju, żeby była możliwość szybkiego – jak wcześniej zaznaczyli moi przedmówcy – maksymalnie 30-minutowego dotarcia do ośrodka kardiologii inwazyjnej, ponieważ w przypadkach ostrych zespołów wieńcowych, zawałów serca, ta odległość jest kluczowa. W tej sytuacji, w imieniu pacjentów chciałabym prosić Ministerstwo Zdrowia – ponieważ to właśnie ono zapowiadało, że znajdzie środki na leczenie niewydolności serca jako głównego problemu wśród przewlekłych chorób serca – o uszczegółowienie tych planów. Grupa pacjentów z niewydolnością serca rośnie z roku na rok. Dzięki mądrej polityce zdrowotnej rządu i uwzględnianiu obecnej sytuacji możemy być odpowiednio leczeni. Chcielibyśmy wiedzieć, jak Ministerstwo zamierza odpowiedzieć na rosnące potrzeby tej grupy pacjentów i jak niewydolność serca jest widziana w kontekście kompleksowości leczenia i sieci szpitali. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. W kolejności, pan poseł Latos, potem pani poseł Czech. Jeśli panie i panowie posłowie chcą zapisać się do głosu, proszę o podniesienie ręki. Jeszcze pani przewodnicząca. Bardzo proszę.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, panie prezesie, szanowni państwo, po wysłuchaniu i obejrzeniu tych interesujących prezentacji, stwierdzam, że może rzeczywiście o pewnych sprawach warto rozmawiać nawet 10 razy, bo w psychologii jest znane takie zjawisko, jak strach przed nowym. Można pewne argumenty powtarzać nawet dziesięciokrotnie, a i tak cały czas pojawiają się pytania, w zasadzie te same.

Jeżeli dobrze rozumiem te tezy, które tu się pojawiły, to myślę, że gdyby było aneksowanie umów, jak do tej pory, tego spotkania by nie było. Natomiast, gdybyśmy wrócili do zarzuconego kilka lat temu kontraktowania, to ten niepokój, chęć spotkania i dyskusji, byłyby jeszcze większe, bo wtedy – nie wiem, na jakiej podstawie, pani przed chwilą mówiła o zamykaniu szpitali – gdyby był pełen konkurs na wszystko, tak jak było przez kilkanaście lat, byłoby niebezpieczeństwo związane z ryzykiem kontraktowania dotyczące wszystkich placówek medycznych. A w tym przypadku zostało powiedziane – i to wielokrotnie – że jest sieć szpitali, która obejmuje znakomitą większość szpitali Polsce, w tym również zajmujące się procedurami kardiologicznymi i kardiologii inwazyjnej, natomiast to, co pozostało, będzie kontraktowane. Pan prezes Jacyna mówił to wyraźnie. Podawał konkretne przykłady konkretnego województwa, i przywoływał nawet to, o czym przed chwilą mówiła pani, że ma być zachowany ten element dojazdu do ośrodka w czasie 30 minut.

Szanowni państwo, jeżeli więc mamy zaufanie, wielokrotnie i po raz kolejny słuchamy tego, co nam wielokrotnie powtarzają rząd, minister i prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, to sprawa jest jasna. Panie ministrze, powiedzmy to wprost, odpowiedzmy na to pytanie, czy państwu zależy na tym, żeby do końca świata i jeden dzień dłużej było aneksowanie umów. Czy państwo chcą tego, aby wszystkie nowe podmioty, które pojawiły się i będą pojawiać się na rynku świadczeń zdrowotnych, były wyłączone, ponieważ umowy nie będą mogły być aneksowane, bo de facto do tego sprowadza się ta cała sytuacja? Jeżeli my mówimy, że nie chcemy aneksować, bo nie można tego robić nieustająco i nie chcemy też pójść w totalnie otwarte kontraktowanie, tylko część będzie kontraktowana, to w czym problem.

Natomiast, rzeczywiście jedna rzecz jest niezwykle ważna, o czym, między innymi, powiedziała pani, a przedtem wspominali panowie profesorowie. Rzeczywiście mamy dwie rzeczy do nadrobienia. Dziękuję panu profesorowi Buszmanowi za przytoczenie tych zatrważających wyników badań z 2015 r., kiedy Polska była na 32 miejscu w indeksie konsumenckim, jeżeli chodzi o zadowolenie pacjentów.

Szanowni państwo, mamy co nadrabiać. Pamiętam wielokrotne dyskusje w tej Komisji, kiedy cały czas byliśmy na dnie i nie mogliśmy się z tego dna wygrzebać. To – jak rozumiem – jest zadanie, tak naprawdę, dla nas wszystkich. Także poprawienie tego, o czym mówiła pani i panowie profesorowie. Mianowicie, nie tylko leczenie ostrych stanów w kardiologii, ale także tego wszystkiego, co dzieje się później albo jest stanem przewlekłym choroby kardiologicznej. O tym powinniśmy pamiętać i to powinniśmy finansować w dużym stopniu, w większym niż dotychczas. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Ja tylko w celu sprostowania powiem, bo pan tu do mnie się zwracał, że ja nie jestem pana ministrem. Pana minister powinien siedzieć tam i właśnie go na posiedzeniu Komisji nie ma. Pani poseł Czech.

Poseł Anna Czech (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, panie prezesie, szanowni państwo, z uwagą wysłuchałam wystąpienia pana prezesa oraz pana ministra, a także dyskutantów. Nie dosłyszałam, aby – jak tu pan prof. Buszman zauważył – ktokolwiek negował osiągnięcia zespołów kardiologii interwencyjnej. Przeciwnie, w swoim wystąpieniu pan prof. Dudek podkreślił, że zostały uwzględnione wytyczne Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego odnośnie do zasad finansowania świadczeń. Wydaje się po tych wystąpieniach, że to będzie bardzo dobrze zorganizowana mapa i sieć tych ośrodków w żaden sposób nie ograniczy dostępności pacjentów, w szczególności z tych małych miejscowości, bo będą na miejscu uzyskiwać pomoc.

Na pewno w dalszej pracy warto będzie zwrócić uwagę na to, aby pacjenci chorzy na niewydolność serca byli odpowiednio zaopatrzeni na miejscu, w tych małych miejscowościach. My w zespole do spraw organizacji ochrony zdrowia wypracowaliśmy wspólnie z profesorami ze Śląska – w tej chwili nie pamiętam nazwisk – zasady opieki. Na pewno też je przedstawimy. Włączymy się w to, aby pacjenci w pełni mieli dostęp zarówno do kardiologii interwencyjnej, jak i opieki nad chorymi z niewydolnością serca. Tak więc,

jeszcze raz bardzo dziękuję za to wystąpienie. Myślę, że ono powinno uspokoić wszystkich zaniepokojonych. Zawsze kolejny dopływ informacji jest pozytywny. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pan poseł Kamysz.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, dobrze, że się spotykamy, bo każde spotkanie daje szansę na to, że rząd się opamięta, jeśli chodzi o sieć szpitali i zawróci z tej drogi, którą podąża, zmieniania Polski lokalnej. To jest moja największa obawa – likwidacja nie tylko szpitali, ale też oddziałów w szpitalnych powiatowych, które nie „załapią" się do sieci. Na to zwracamy uwagę już od kilku posiedzeń Komisji, ale wciąż jest brak reakcji rządu. Zatem, każde spotkanie przed przegłosowaniem tej ustawy szkodliwej dla pacjentów, dla lekarzy i pielęgniarek, jest potrzebne.

Ja występuję w imieniu mieszkańców, szczególnie z małych miejscowości – wsi i miasteczek – o dostępność do wszystkich rodzajów świadczeń. Dzisiaj mówimy o kardiologii. To jest bardzo ważne, bo to i nagłe ostre zespoły, i leczenie przewlekle, ale też chodzi o neurologię, ortopedię i inne specjalności, do których dostęp powinien być na poziomie powiatowym, a nie tylko poprzez tworzenie szpitali molochów. Nie ma potrzeby powiększania już i tak wielkich szpitali, w których pacjent czuje się nie tylko zagubiony, ale często nie może do nich dotrzeć na czas. To jest pierwsza rzecz.

Druga rzecz, to jest to, co mówił pan przewodniczący Latos. Mówił pan o zaufaniu do rządu. My tego zaufania do rządu nie mamy. Widzę, że w sprawach armii prezydent Rzeczypospolitej Polskiej też już nie ma zaufania, bo pisze listy, więc nie dziwcie się nam, że zwołujemy posiedzenie Komisji, kiedy chcemy wyjaśnień. Chciałbym, żeby efektem tego posiedzenia było przynajmniej utrzymanie dostępności do większości specjalności w kraju, żeby nie była ona w żaden sposób ograniczana miejscem pochodzenia ani miejscem zamieszkania. Nie możemy do tego dopuścić. My od kilku posiedzeń Komisji toczymy fundamentalny spór z panem ministrem. Pan minister mówi, że poprzez zmniejszenie liczby szpitali czy oddziałów zwiększy się dostępność. My na chłopski rozum, może prosty, uważamy kompletnie inaczej. A jeśli chodzi o PKB, niestety, w ustawie o sieci szpitali nie widzę wzrostu wydatków na służbę zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proponowałbym, żeby pan minister był jednak precyzyjny. Wydatki na POZ rosną. Pan poseł Raczak.

Poseł Grzegorz Raczak (PiS):

Państwo przewodniczący, szanowni państwo, chciałbym się wypowiedzieć. Jestem kardiologiem, w związku z czym, dokładnie rozumiem to, co mówią koledzy kardiolodzy. Pan prof. Buszman, pan prof. Dudek i pan prof. Hofman to są świetni, szanowani profesorowie i naprawdę osoby dobrze zorientowane w problemach, o których mówią. Dlatego zgadzam się absolutnie z tym, co mówią, że 45% zgonów następuje z przyczyn sercowo-naczyniowych. To, że nakłady na kardiologię w odniesieniu do, na przykład, onkologii są dużo mniejsze, też jest godne uwagi. To wszystko prawda, tylko że, proszę państwa, system, który mamy wprowadzić, w żadnym wypadku tego nie pogarsza. Ona to ma poprawić. Cały system opieki zdrowotnej musi być uporządkowany. Musi być wiadome, że musi być leczenie, że opieka kompleksowa jest bardzo ważna, że bardzo ważne są opieka ambulatoryjna i odpowiednia profilaktyka. To w wielu dziedzinach musi się równomiernie rozwijać i system sieci szpitali jest jednym z elementów, który ma to porządkować.

Proszę państwa, wiadomo, że jest dostęp do świadczeń zdrowotnych i że nie będzie on pogorszony. Według deklaracji i wszelkich obliczeń, ten dostęp będzie kształtowany taki, jak aktualny. Będzie zgodny z planem zakupu świadczeń i z mapami zdrowotnymi. Jeżeli gdzieś będą jakieś niedobory – to już było kilkakrotnie powiedziane – będą ogłaszane konkursy. Tak więc, wydaje mi się, że to, co najważniejsze, czyli dostęp do świadczeń zdrowotnych, nie będzie ograniczony.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pani poseł Gelert. Czy jest pani poseł?

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo, chciałabym zwrócić uwagę na inny aspekt, nie tylko dostępność, ale i wycenę. Myślę, panie ministrze i panie prezesie, że wartości tych procedur już naprawdę nie mogą spadać w stosunku do tego, co w tej chwili jest. Proszę państwa, podejrzewam, że w tej chwili rentowność wszystkich oddziałów – mówię w zestawieniu, oddział kardiologii inwazyjnej i oddział kardiologii zachowawczej – spadła o około 25%. Uważam, że wszystkie oddziały, obojętne, czy publiczne czy niepubliczne, powinny się bilansować, żeby zapewnić leki, sprzęt i płace. Po to też jest szpital, żeby mieć za co leczyć, a tu jest spadek. Jeżeli państwo pokazują, że jest o 5% mniej na leczenie szpitalne, o 5% mniej na rehabilitację i o 1% mniej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, a jednocześnie mówi się o skoordynowanej opiece kardiologicznej, w której te wszystkie aspekty są zawarte, to jest pytanie, jak taka kardiologiczna opieka będzie wyceniona, skoro wszędzie widzę spadek, a nigdzie nie ma wzrostu. To jest chyba istotny aspekt tego i trzeba nad tym dyskutować. Jeżeli szpitale mają rentowność mniejszą o 20% czy o 25%, to oczywiście powinny leczyć więcej pacjentów, jeśli mają do tego warunki, i podbierać pacjentów innym ośrodkom, mniejszym. Mniejsze ośrodki mogą się nie utrzymać.

Pan poseł mówił o aneksowaniu umów i pytał, czy chcecie dalej aneksować umowy. Zatem, ja zadaję pytanie – a czym jest przyznanie ryczałtu? Czy to nie jest aneksowanie umowy? Czy poszczególne szpitale będą mieć możliwość dyskusji z Narodowym Funduszem Zdrowia odnośnie do wysokości ryczałtu, czy to będzie wyłącznie aneksowanie umów na kolejne cztery lata, a konkursy będą w 18-20%? Takie są pytania z mojej strony. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Hok.

Poseł Marek Hok (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, nie może być lepiej, bezpieczniej i nie może być większego dostępu, jeżeli środki przeznaczone na ochronę zdrowia są mniejszy. Cały czas mamy przed ten slajd. Jeżeli w roku 2017 przeznaczone jest mniej środków na leczenie szpitalne i na opiekę ambulatoryjną, gdzie przecież też jest opieka kardiologiczna – po ostrych zespołach wieńcowych, po leczeniu interwencyjnym też jest przecież opieka kardiologiczna – a rehabilitacja lecznicza również ma mniejsze finansowanie – a w to przecież wchodzi wczesna rehabilitacja kardiologiczna – to jak może być lepiej, bardziej bezpiecznie i ma być zapewniony dostęp.

Ja nie jestem kardiologiem, ale jestem lekarzem. Długo pracowałem w szpitalu. Rzeczywiście, jeśli chodzi o polską kardiologię, kiedyś, bardzo dawno temu – 20-30 lat temu – pacjenci z ostrym zespołem wieńcowym albo dramatycznie szybko umierali, albo wiele tygodnie a nawet miesięcy przebywali na oddziale szpitalnym. Potem czekały ich świadczenia rentowe, ZUS-owskie. To były olbrzymie koszty. Dzisiaj polski pacjent jest zabezpieczony w jeden z najlepszych sposobów, który jest wzorem w całej Europie. Tak jak państwo bardzo często mówią – Polska kardiologia wstała z kolan. Dzisiaj jest w czołówce europejskiej. Dzisiaj polski pacjent jest leczony na najwyższym europejskim poziomie. Decyzje o zmniejszeniu finansowania spowodują, że znowu trzeba będzie się skulić w kącie i polski pacjent będzie mieć ograniczoną dostępność, jakość i w konsekwencji stan ogólny. Nie ma takiej możliwości, żeby zmniejszając nakłady finansowe poprawić jakość i dostępność do usług kardiologicznych. Apelujemy o to, żeby tego nie zmieniać.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Pani poseł Libera, a potem ja zabiorę głos. I jeszcze przede mną pani przewodnicząca Kopcińska. Bardzo proszę, pani przewodnicząca Libera.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Mam konkretne pytanie do pana, panie ministrze. Otóż, jeżeli zgadzamy się tu wszyscy, że schorzenia układu krążenia mają istotne znaczenie, że zbierają najwięk-

sze żniwo, jeżeli chodzi o śmiertelność – mówił tu pan profesor o przedziale wieku osób najbardziej aktywnych, na których najbardziej będzie nam zależeć – jeżeli Ministerstwo Zdrowia dostrzega to, że musi być dojazd w ciągu 30 minut, a nawet mówi o liczbie wykonywanych procedur, to mam konkretne pytanie. Skoro to wszystko państwo dostrzegają, to dlaczego w tej propozycji ustawy o sieci szpitali nie znalazł się poziom sercowo-naczyniowy. Mamy onkologię, pulmonologię, pediatrię, szpitale pierwszo, drugo i trzeciorzędowe, a to, co jest najważniejsze – i dzisiaj państwo potwierdzili, iż zgadzają się z tym, że jest to ogromnie ważne – nagle z systemu wypada. To jest moje konkretne pytanie. Dlaczego, zgadzając się z tymi wszystkimi aspektami i z faktem, że to jest jeden z najważniejszych elementów zabezpieczenia zdrowotności państwa, nie uwzględnili go państwo w projekcie?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Kopcińska.

Poseł Joanna Kopcińska (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, ja przede wszystkim, na wstępie, chciałabym zaprotestować przeciwko manipulacjom. Możemy powiedzieć wszystko, ale bez przesady.

Pan poseł Kamysz mówił znienacka na posiedzeniu Komisji Zdrowia o rzekomo nadszarpniętym zaufaniu prezydenta Andrzeja Dudy do MON-u. Panie pośle, to jest absolutna manipulacja, nie na temat i nie przystoi, naprawdę. Natomiast, w tytule…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Nie. Pani przewodnicząca, przepraszam, nie zwracajmy sobie wzajemnie uwagi, który z posłów co mówi…

Poseł Joanna Kopcińska (PiS):

Przecież to była uwaga nie na miejscu, zwrócona do obozu, który reprezentuję. Uważam ją za nadużycie i pozwolę sobie, tak jak pan poseł Kamysz, odpowiedzieć niezgodnie z tematem, którym się zajmujemy.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Prosimy na temat, pani przewodnicząca.

Poseł Joanna Kopcińska (PiS):

Na temat. Chciałabym również poprosić, żeby zwołując posiedzenia Komisji w jego tytule nie stawiać tezy, proszę państwa. Negatywne skutki dla pacjenta, w związku z proponowaną przez rząd siecią szpitali – mówię w skrócie. Negatywne. Do tej pory nie przedstawili państwo takich argumentów, które by przemawiały za negatywnymi skutkami. Przeciwnie, prezentacje ministra zdrowia, pana prezesa Jacyny, które były na wstępie zdecydowanie wytrąciły te argumenty. Myślę, że w końcu przestaną się państwo tego obawiać, bo nic tak jak aneksowanie i brak stabilności finansowej, która nie dawała możliwości rozwoju placówkom, nie demontowało tego, co i tak trudno było w poprzednich latach nazwać systemem ochrony zdrowia. Naprawdę, chyba tylko odważny nazwałby to systemem ochrony zdrowia.

Natomiast, jeżeli mogę, to prosiłabym jeszcze raz reprezentantów Ministerstwa Zdrowia, pana ministra, pana prezesa Jacynę, o to, żeby uspokoili przede wszystkim tych najważniejszych, czyli pacjentów. Czy pacjentom ma być żal kolejek, proszę państwa? Przecież to jest absurd. Do tej pory kardiologia, głównie interwencyjna… Na przykładzie mojego miasta – 5 pracowni hemodynamiki na 720 tys. mieszkańców. I co dalej? Ten pacjent, który potrzebował pomocy w ostrym okresie, faktycznie ją dostawał dzięki państwu. Jednak, dalej, w ostatnich latach, były zaproponowane pacjentowi gigantycznie długie kolejki, proszę państwa, brak dostępu, brak koordynowanej opieki. I co w rezultacie? Dla niektórych, niestety, umieranie. To w końcu należy zmienić.

Myślę sobie, że nikt z nas nie neguje potrzeby tych zmian. Być może boli naszych kolegów zasiadających w Komisji Zdrowia, którzy rządzili przez ostatnie 8 lat, że to nie oni mają odwagę podjąć się wprowadzenia tych istotnych i potrzebnych zmian. Tylko to jest powodem do kwestionowania ich zasadności, bo tego, że trzeba to zmienić, nie

neguje chyba nikt, nawet państwo. Dajmy tę szansę, bo to, co usłyszeliśmy na wstępie, myślę że w większości daje odpowiedź na wątpliwości, które państwo zgłaszają. Dajmy na to szansę, żeby polski pacjent poczuł się bezpieczny, ale też lekarze – kadra medyczna, która podejmuje na co dzień ciężkie wyzwania – poprzez poczucie finansowej stabilizacji mieli możliwość inwestowania w swoje placówki, mieli możliwość rozwoju. I o to tylko państwa proszę. A pana ministra i pana prezesa, jeśli można, jeszcze raz poprosimy o przedstawienie tych najważniejszych zdań, które już naprawdę postawią kropkę nad „i" i rozwieją wszystkie wątpliwości. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pani przewodnicząca, myślę, że kropkę nad „i" postawiłaby po prostu dobrze napisana ustawa, a nie ciągłe jej wyjaśnianie. Chciałbym rozpocząć swoje… Panie przewodniczący, ja jednak muszę powiedzieć to na początku, bo pan ma taką tendencję, że kiedy ja zaczynam mówić, to pan też zaczyna. Dość ciężko mówi się we dwóch. Proszę mi nie przerywać i nie komentować w trakcie. Będę o to pana przewodniczącego prosić.

Po pierwsze, chciałbym zauważyć, że jest to kolejne spotkanie w sprawie najważniejszej ustawy, jaką jest sieć szpitali, na którym nie ma ministra Radziwiłła. Nie ma ministra zdrowia na posiedzeniu Komisji, na którym…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Jest rząd, panie przewodniczący…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy ja pana prosiłem, panie przewodniczący?

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Pan doskonale wie, bo pan był ministrem…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie przewodniczący…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Niech pan nie zwołuje we wtorek o 12.00 posiedzenia Komisji…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Wykrakałem. Nie jest pan w stanie…

Poseł Joanna Kopcińska (PiS):

Najważniejsze, że uzyskuje pan odpowiedzi…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani przewodnicząca też…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Wstrzeliwuje się pan w ciągu tygodnia akurat w dwie godziny, kiedy jest posiedzenie rządu i pyta pan, dlaczego nie ma ministra…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie przewodniczący…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Gratuluję, panie przewodniczący. Gratuluję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie przewodniczący, wiem, że pan się denerwuje. Jest powód, ale proponuję, żeby pan chociaż zachował kulturę. Chciałbym skończyć to, co zacząłem mówić. Pozwoli mi pan, czy będzie pan przerywać. Proszę pana o zachowanie podstaw kultury…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie przewodniczący…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy mogę skończyć?

Poseł Tomasz Latos (PiS):

…proszę uczyć samego siebie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Chciałbym skoczyć swoje wystąpienie, którego nie zdążyłem nawet dobrze rozpocząć, bo przewidziałem, że pan nie będzie wytrzymywać i będzie przerywać. Wracam więc do wystąpienia.

Uważam za rzecz skandaliczną, że na posiedzeniu Komisji Zdrowia, na którym kolejny raz omawiamy sprawę sieci szpitali, nie ma ministra zdrowia. To jest oburzające, że nie było także ministra zdrowia w czasie debaty… Udzielę panu głosu. Zapisałem. W czasie debaty sejmowej także nie było ministra zdrowia. Nie wiem, czy wstydzi się tej ustawy, nie zna tej ustawy czy nie umie odpowiedzieć. A może po prostu nie umie odpowiedzieć na najprostsze pytanie, które szpitale z sieci „wylecą", a które stracą finansowanie. To pytanie od miesięcy wraca jak bumerang i nie możemy uzyskać na nie odpowiedzi.

Chcę… Wytrzymajcie państwo. Ja wiem, że to boli… Szanowni państwo, pan przewodniczący Latos powiedział, że jeśli mamy elementarne zaufanie do rządu, to zaufajmy. Problem polega na tym, że nie mamy zaufania do tego rządu. Gdybyśmy mieli zaufanie do rządu i mogli je budować, to w tej ustawie kardiologia jako największy zabójca, kiler, znalazłaby się po prostu na poziomach zabezpieczenia, tak jak znalazła się onkologia, pediatria i kilka innych dziedzin medycznych. Trzeba sobie zadać pytanie, dlaczego ten rząd nie lubi kardiologii i postawić trzy kropki.

Pan poseł przewodniczący Raczak mówił tutaj o dużym zaufaniu do panów profesorów, którzy dzisiaj przyszli na nasze spotkanie. Panie przewodniczący Raczak, tu jest przynajmniej jeden z profesorów, do którego ten rząd nie ma najmniejszego zaufania. To chciałem panu powiedzieć. Chcę też powiedzieć…

Poseł Joanna Kopcińska (PiS):

I znowu pan nadużywa, panie przewodniczący…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy pani wytrzyma? Proszę o wytrzymanie tego sporu.

Rozumiem, że wedle logiki rządzących ma być lepiej, kiedy pieniędzy będzie mniej, bo na szpitale zaplanowaliśmy 5% finansów mniej. Czyli, ma być lepiej za mniej pieniędzy. To pierwsze założenie.

Dostępność ma być większa, kiedy szpitali ma być mniej. To dość pokrętna logika, ale rozumiem, że proszą nas państwo, żebyśmy wam zaufali.

Panie prezesie – zwracam się do prezesa NFZ – ja z wielką przyjemnością bym panu zaufał, jeśli chodzi o te deklaracje, że będzie pan przesuwał pieniądze z rezerwy budżetowej, którą pan ma, ale przecież za chwilę pana nie będzie, bo likwidują NFZ. To, co nam pan tu obiecuje? To trzeba po prostu wpisać do ustawy i zabezpieczyć ludzi chorujących na serce ustawowo, bo pana deklaracje – przy całym szacunku do pana osoby – nie znaczą nic, ponieważ minister zdrowia powiedział, że pan przestanie istnieć jako instytucja. Co więc dają nam państwa gwarancje?

W związku z tym, chciałbym zadeklarować w sposób jasny, na podstawie danych, które przedstawili profesorowie, ale także rząd, że liczba ośrodków zajmujących się kardiologią nie tylko interwencyjną, ale w ogóle kardiologią jako dziedziną medycyny, jest dokładnie trafiona w punkt w tej chwili w Polsce. Mówię o liczbie tych ośrodków. Zapotrzebowanie to 158, a mamy 161. To wskazuje na to, że tak naprawdę sieć szpitali powinna objąć wszystkie szpitale kardiologiczne w Polsce. Dlatego Platforma Obywatelska złoży poprawkę do państwa ustawy, w której będziemy wnosić o to, żeby kardiologia znalazła się na jednym z poziomów zabezpieczenia. Kardiologia jako całość – nie interwencyjna, nie zachowawcza. Cała kardiologia, bo to jest główny zabójca Polaków. I uważam, że minister zdrowia, który będzie to opiniować, będzie za, bo jak minister zdrowia może być przeciwko temu, żeby leczyć ludzi chorych na serce. Ja myślę, że taki minister nie istnieje. Bardzo dziękuję.

Pan przewodniczący Latos, potem pani profesor. Ponownie wywołałem dużą dyskusję. Bardzo proszę, panie przewodniczący.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Minister jeszcze chce się ustosunkować. Bardzo proszę, panie ministrze. To ustalcie panowie, który z panów…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Czy mogę zacząć? Powiem, panie ministrze, bo zacząłem już odpowiadać.

Panie przewodniczący, rzeczywiście boli to, kiedy ktoś mówi nieprawdę, jeżeli ktoś manipuluje. Rzeczywiście, to mnie boli. Dlatego się oburzam. Dodatkowo boli mnie nietakt i – proszę wybaczyć – niestosowne zachowanie, powiem bardzo delikatnie… Tak, pana.

Panie przewodniczący, mówmy wyłącznie o faktach. A fakty są takie. Był pan ministrem konstytucyjnym i pan doskonale wie, że od zawsze wtorki, godzina 12.00, czy coś około tego, to są… Widzi pan? Niech pan zwróci uwagę pani poseł, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie przewodniczący, nie zauważyłem, żeby ktoś włączał mikrofon i ofensywnie przerywał panu wystąpienie.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie przewodniczący, pan doskonale wie, że we wtorek o godzinie 12.00 jest posiedzenie rządu. Gratuluję więc panu tego, że z siedmiu dni w tygodniu wybrał pan dokładnie te dwie godziny, kiedy minister Radziwiłł jest na posiedzeniu rządu, i zapytał, dlaczego go nie ma. Po prostu, mistrzostwo świata.

Jednocześnie chcę panu przypomnieć, że kiedy było pierwsze czytanie tej ustawy w Sejmie nie tak dawno, dwa tygodnie temu – powinien pan to pamiętać, bo to właśnie ta ustawa i ta dyskusja – pan minister przyszedł. Pan nie przychodził. Pan notorycznie unikał przychodzenia na posiedzenia Komisji. Poza sprawą wotum nieufności pana w ogóle nie było na posiedzeniach Komisji. Natomiast minister Radziwiłł przyszedł już nie jeden raz w ciągu tego roku. Uznał, że ta ustawa jest ważna i powinien być obok ministra Gryzy. Takie są fakty.

I wreszcie, ostatni fakt. Ja rozumiem, że jeżeli 100% szpitali przystępuje do konkursu, to wtedy pan jest spokojny, że każdy z nich otrzyma kontrakt i będzie zadowolony. Natomiast, jeśli przystąpi 9%, a reszta będzie to miała zagwarantowane, to pan jest zaniepokojony o całe 100%. To jest rzeczywiście zadziwiająca logika.

I ostatnia sprawa. Niech pan doczyta ustawę, niech pan ewentualnie dopyta pana ministra Gryzę – przecież kardiologia jest brana pod uwagę na różnych szczeblach referencyjności i jest w tej sieci. Proszę się nie denerwować. A to, co w sieci się nie znajdzie z różnych powodów, o których pan minister mówił, będzie jeszcze dodatkowo kontraktowane. Naprawdę, niech pan będzie spokojniejszy.

Szkoda, że pan nie martwił się o wzrost nakładów na ochronę zdrowia przez lata waszych rządów. A ja chcę pana zapewnić po tym, co pan powiedział o likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia, że jeżeli ta ustawa wejdzie w życie – będzie najpierw w Sejmie – przewidziano dodatkowo 3-5 mld zł co roku. Takie są proste wyliczenia. Te enigmatyczne 0,2 PKB to jest właśnie tyle pieniędzy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję i chcę się wytłumaczyć panu przewodniczącemu z tej godziny 12.00. Z całego pana wywodu jedna rzecz jest prawdziwa. Byłem w rządzie i wiem, że posiedzenia rządu rozpoczynają się o godzinie 11.00. Ja pierwotnie chciałem zwołać posiedzenie naszej Komisji na godzinę 10.00, ale z tego, co wiem, cały rząd o godzinie 10.00 był zajęty, bo wtedy wszyscy członkowie rządu byli na Nowogrodzkiej… Gdyby pan wytrzymał choć jedną moją wypowiedź. Żeby choć raz pan wytrzymał nerwowo, naprawę.

Zgłaszała się pani przewodnicząca Kopcińska. Czy dobrze widziałem? Nie. Pani profesor, bardzo proszę.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Muszę przeprosić panią profesor. Minister miał się wypowiedzieć. Za chwilę oddam pani głos. Bardzo przepraszam, bo pan minister się zgłaszał, a znamy tę zasadę, że ma prawo zabrać głos.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Proszę bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Widzę. Oddam głos. Momencik.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, jeśli można, chciałbym ustosunkować się do tych głosów, które tutaj zostały przedstawione, z pozycji ministra zdrowia i regulatora, a także podmiotu, który przygotowywał projekt ustawy. Po pierwsze, chcę z mocą podkreślić, że przedstawiciel Ministra Zdrowia jest na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Zawsze jest i reprezentuje stanowisko Ministra Zdrowia. Zatem nieupoważnione jest stanowisko, że ministra zdrowia nie ma, ponieważ jego przedstawiciel w randze podsekretarza stanu na posiedzeniu Komisji Zdrowia jest. To jest pierwsza rzecz, proceduralna.

Po drugie, jeśli można, chciałbym odnieść się do informacji czy propozycji pana posła Arłukowicza. Otóż, z pełną mocą chcę podkreślić, że kardiologia jako całość znajduje się w systemie. Znajduje się de facto na każdym poziomie…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, poproszą bliżej mikrofonu, bo…

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Kardiologia jako całość znajduje się w systemie zabezpieczenia. Znajduje się na pierwszym stopniu, na drugim stopniu, na trzecim stopniu i w szpitalach ogólnopolskich. Trzeba więc o tym pamiętać. Z mocą podkreślam – kardiologia jako całość, dlatego, że kardiologia interwencyjna jest tylko jednym z elementów tego łańcucha, aczkolwiek ważnym. Dlatego pana postulat jest po prostu spełniony.

Kolejna rzecz dotyczy pewnej ciągłości i koordynacji świadczeń. Tak, rzeczywiście bardzo ważnym elementem jest to, żeby po interwencji medycznej była zagwarantowana właściwa rehabilitacja. Taka jest intencja tej zmiany. Zmiana w koszyku świadczeń i utworzenie produktu opieki koordynowanej związanej z OZW, czyli interwencja medyczna, a następnie rehabilitacja, jest również elementem tego systemu.

Element opieki koordynowanej – to odpowiedź dla pani poseł Gelert. Mianowicie, ryczałt – jak już nieraz o tym wspomniałem, również w czasie debaty parlamentarnej – jest tylko jednym z elementów finansowania tego systemu. Są również wydzielone świadczenia finansowane na zasadzie fee for service. Takim świadczeniem jest opieka koordynowana w zakresie OZW, a więc interwencja medyczna i rehabilitacja są odrębnie finansowanym świadczeniem, które podlega negocjacjom zarówno ze strony wykonawcy świadczeń, jak i płatnika. Ten mechanizm ma spowodować, po pierwsze, że będziemy starali się wpływać na to, żeby był właściwy dostęp do świadczeń realizowanych w ramach świadczeń wycenionych w postaci ryczałtowej, a po drugie, w opiece koordynowanej finansujemy to odrębnie.

Jeśli można, to chciałbym też odnieść się do oceny pana posła Kamysza, który powtarza tę tezę cały czas, a ja cały czas do niej się ustosunkowuję. Staram się to robić w sposób cierpliwy i wyjaśniać, że pan tej ustawy i tej regulacji nie doczytał. Mianowicie, jest przeciwnie. To jest szansa na rozwój małych podmiotów i podmiotów prywatnych poprzez określenie, w jakim zakresie one powinny się rozwijać. Zarówno neurologia, o której pan mówi, jak i kardiologia.

Neurologia. Na podstawie projektu rozporządzenia dodajemy neurologię do szpitali pierwszego stopnia, jeśli jest to neurologia udarowa. Dodajemy kardiologię, jeśli jest to kardiologia interwencyjna. Dodajemy ortopedię i traumatologię do szpitali pierwszego

stopnia. A dodatkowo jest następujący wniosek – co również wynika z map potrzeb zdrowotnych, o czym mówiłem także w debacie parlamentarnej – że znaczna część świadczeń wysokospecjalistycznych nie jest wykonywana w oddziałach specjalistycznych. I wystarczającym rozwiązaniem jest to, żeby można było to rozliczać w ramach oddziału chorób wewnętrznych czy oddziału chirurgii. To jest właściwe miejsce dla szpitali pierwszego i drugiego stopnia, oczywiście, jeśli nie mają właściwych profili. Tam pacjent zostanie należycie zabezpieczony. Nigdzie nie trzeba jechać. W podstawowym wymiarze specjalistycznym pacjent jest zabezpieczony w szpitalu, który jest najbliżej niego. Natomiast, jeśli coś wymaga bardziej szczegółowej interwencji, to rzeczywiście trzeba się udać do szpitala wyżej specjalizowanego, bo tak po prostu jest. Jeśli jakichś zabiegów robię mało, to robię o niskiej jakości. To jest ogólny kierunek związany z tym, żeby dobrze robić to, na czym się znam i w czym się specjalizuję. Zatem, pana uwaga o zwijaniu Polski lokalnej jest całkowicie nieprawdziwa, a powtarzana wielokrotnie. Ja to chcę z mocą jeszcze raz podkreślić.

Sprawa kardiologii inwazyjnej. Otóż, kardiologia inwazyjna, tak ja to zostało zaprezentowane, jest kupowana w systemie zabezpieczenia, a tam, gdzie nie jest tak kupiona, zostaje kupiona w konkursie. I konkurs jest tu adekwatny, dlatego, że sytuację trzeba dostosować do najbardziej odpowiedniego miejsca wykonywania świadczeń. Sytuacja taka, że podmioty są bardzo blisko siebie, nie jest zasadna. One powinny być odpowiednio rozmieszczone. Dlatego w znakomitej większości ten system znajdzie się w systemie zabezpieczenia, a tam, gdzie nie jest zabezpieczony, jest metoda konkursowa, która ma dopełnić a jednocześnie w odpowiedni sposób regulować elementy lokalizacyjne.

I wreszcie sprawa środków finansowych. Mamy odpowiednie instrumenty prawne do tego, żeby można było zmieniać plan finansowy Funduszu w odpowiednim czasie. I te instrumenty zostaną zastosowane. Myślę, że to są podstawowe informacje…

Jeszcze pani poseł Kopcińska, w nawiązaniu do wypowiedzi przedstawiciela stowarzyszenia pacjentów, mówiła o zamykaniu szpitali, o braku dostępu… Nic takiego nie będzie mieć miejsca. Podmioty, które będą działać w systemie, uzyskają gwarancje finansowania świadczeń, a w przypadku tych, które są niezbędne, świadczenia zostaną kupione w drodze konkursu. W takiej sytuacji, że nie będzie dostępu do tej grupy świadczeń, ta grupa świadczeń zostanie zabezpieczona w systemie zabezpieczenia albo poprzez konkursy ofert.

Jeszcze uwaga dotycząca planu. Proszę państwa, jeśli chodzi o zestawienia, trzeba zwrócić uwagę na to, że plany finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia w ciągu roku się zmieniają. Mamy pierwotny plan, mamy plan końcowy i wreszcie mamy plan po zrealizowaniu czy zapłaceniu nadwykonań. Po prostu, trzeba zestawiać ze sobą porównywalne kategorie, tak jak w badaniach statystycznych, czy w ogóle w badaniach. Musimy porównać odpowiednią wartość z odpowiednią wartością w poprzednim roku i wtedy te zestawienia wyglądają inaczej. A tak – jak już wspomniałem – mamy w ustawie przewidziane instrumenty do tego, żeby odpowiednio zwiększyć plan finansowy Funduszu i zrealizować zamierzenia, które zostały tu przez nas przedstawione.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Hrynkiewicz. I przepraszam, że pani przerwałem wypowiedź.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Nie szkodzi. Panie przewodniczący, szanowni państwo, troszkę mnie zmartwiła wypowiedź pana ministra Kosiniaka-Kamysza, który mówił o zwijaniu szpitali powiatowych. Z mojego doświadczenia poselskiego, a także życiowego, wynika, że wiele praktyk szpitali powiatowych powinno być rzeczywiście zwiniętych, ponieważ one są na dramatycznie niskim poziomie. Wystarczy przejść się po kilku klinikach warszawskich, żeby zobaczyć dzieło, jakie wykonywane jest w wielu szpitalach powiatowych. To jest bardzo poważna sprawa.

Jednak kieruję do pana ministra zdrowia pytanie o próbę stworzenia systemu kontroli jakości, bo na razie takiego systemu nie ma, który niewątpliwie będzie bardzo potrzebny przy tym systemie finansowania. Ja wiem, że to jest sprawa trudna, że ona jest kontrowersyjna i będzie napotykać na wielkie opory z różnych stron, ale to wydaje mi się konieczne, więc chciałam o to zapytać.

Druga sprawa, o której chciałam powiedzieć, to kardiologia. Pamiętam, że pani minister Małecka-Libera była na konferencji, która była poświęcona kardiologii, a organizowała ją Rządowa Rada Ludnościowa – są resztą wydane materiały z tej konferencji. Wtedy tam mówiliśmy o braku kompleksowości w kardiologii. Jest bardzo dobrze i wysoko rozwinięta kardiologia interwencyjna, natomiast możemy mówić o słabym rozwoju kardiologii przedinwazyjnej, a więc tej opieki kardiologicznej, która niewątpliwie opóźnia albo likwiduje konieczność inwazji, a także opieki poinwazyjnej, czyli tej, która wiąże się z dalszą opieką i rehabilitacją. Mnie zmartwiło to, że te nakłady na rehabilitację spadają. One i tak są niskie. Rehabilitacja w kardiologii, ale nie tylko w kardiologii, jest bardzo ważnym przedsięwzięciem i dlatego chciałbym zapytać, czy to jest przypadek, czy sprawa zamierzona.

Mam jeszcze prośbę do pana przewodniczącego. My rozmawiamy o sprawach, które są mało polityczne, bo chorują ludzie z różnych partii i mający różne poglądy. Natomiast, mówimy o sprawie bardzo ważnej, więc bardzo mi przykro patrzeć, jak państwo się kłócą. Pan zarzuca, że nie ma ministra. Ja będąc w opozycji w poprzedniej kadencji niemal na każdym posiedzeniu Komisji pytałam, gdzie jest minister, i pana nie było. Rozumiałam jednak, że pan ma ważniejsze sprawy do załatwienia niż spotykanie się z Komisją Zdrowia. Tutaj jednak zawsze mamy kompetentnych przedstawicieli Ministra Zdrowia, którzy za określony dział odpowiadają. Pan zapomniał, że pan nie bardzo chciał się z nami spotykać, co oczywiście rozumiem, ale teraz to pan zarzuca. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Nie chcę odpowiadać na pojedyncze aspekty, ale chciałem pani powiedzieć, że w czasie, kiedy wprowadzane były kluczowe ustawy, takie jak pakiet onkologiczny, uczestniczyłem w każdym posiedzeniu podkomisji, bo uważałem, że jest to kluczowe dla systemu.

Pani poseł Kopacz… Przepraszam, jeszcze minister Kamysz. Potem pani poseł Kopacz. Czy kogoś przegapiłem? Widzę, że zgłaszają się jeszcze goście. Najpierw posłowie… Rozpoczynamy drugą serię. Dobrze. Pan poseł Kamysz.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący… Jeszcze pani poseł Dziuk.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

To pani poseł Dziuk. Panie ministrze, oddajmy głos pani poseł Dziuk.

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Szanowna Komisjo, ja mam uwagę do nas wszystkich. Rozmawiamy o bardzo ważnej sprawie, jaką jest zdrowie i zabezpieczenie wszystkich Polek i Polaków, jeżeli chodzi o dostępność do lekarzy. Z tego, co przeanalizowaliśmy wspólnie, wynika, że ustawa jest dobra, pewne rzeczy systemowo ustawia. Może to się komuś nie podobać, ale po raz pierwszy w Polsce następuje moment, kiedy wszystko systemowo zostaje w miarę normalnie poukładane.

Panie przewodniczący, jestem oburzona zachowaniem na posiedzeniu Komisji. W ogóle nie podoba mi się fakt zwoływania posiedzenia Komisji. Jako posłowie mamy pewne rzeczy pouzgadniane w terenie. Przez pana niefrasobliwość – bo tak bym to określiła – brak harmonii w zwoływaniu posiedzeń Komisji, musimy w wielu przypadkach odwoływać prace, które już wcześniej w regionie poumawialiśmy. Mam więc wniosek ku przestrodze i na przyszłość, aby zwoływać posiedzenie z odpowiednim wyprzedzeniem, a nie zaskakiwać zarówno rząd, jak i posłów pracujących w Komisji Zdrowia…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł…

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Jeszcze, bardzo proszę… Ja dzisiaj pierwszy raz wypowiadam się na posiedzeniu Komisji. Panie przewodniczący, bardzo bym prosiła o więcej merytoryki a mniej polityki w dyskusji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani mnie o to prosi. Czy tak? Dobrze. Pani poseł, ja wiem, że to może się pani nie podobać, ale jest regulamin Sejmu. Na podstawie art. 152 posłowie zawsze mają prawo zwołać posiedzenie Komisji, i to uczynili. Ja zaś zobowiązany jestem na podstawie regulaminu dotrzymać trzydniowego terminu wyprzedzającego zaproszenie pani na posiedzenie Komisji. Tego też dotrzymałem. Ja rozumiem, że pani może nie podobać się to, że dzisiaj na posiedzeniu Komisji Zdrowia omawiamy temat kardiologii i jej przyszłości, ale też nikt żadnego posła nie zmusza do pracy w danej komisji. Każdy poseł…

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Ja o tym nie mówiłam i proszę nie przekręcać moich słów…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy państwo jesteście…

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Proszę się nie denerwować.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy państwo są w stanie choć raz nie przerywać mojej wypowiedzi? Naprawdę, chciałbym mieć komfort choć raz powiedzieć zdanie od początku do końca. Pani poseł, teraz zacznę swoje zdanie i kiedy skończę, to powiem „kropka”, a wtedy może pani powie. Dobrze?

Rozumiejąc więc to, że pani poseł nie podoba się regulamin Sejmu, chcę panią zapewnić, że każdy mój krok, w tym także zwołanie tego posiedzenia Komisji, był zgodny z regulaminem. Przewidując to, że państwu ten regulamin się nie podoba, ja go tym bardziej będę pilnował i będę zwoływać posiedzenia Komisji zgodnie z prawem i oczekiwaniem posłów, którzy mają do tego prawo na podstawie regulaminu. Kropka. A teraz będzie mówić pani premier Kopacz. Nie, pan minister Kamysz.

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie przewodniczący, pozwoli pan, że… Tylko jedna uwaga…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Nie, nie pozwolę…

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę o kulturę w każdym calu i postępowaniu…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł…

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Regulamin regulaminem, ale szanować trzeba…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł…

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

…a przede wszystkim pracę organizować zgodnie z pewnymi normami…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, już…

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie przewodniczący, dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, sąd sądem, ale sprawiedliwość musi być po naszej stronie. Chyba taka zasada tutaj dominuje. Pan minister Kamysz, bardzo proszę.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, po pierwsze, to prawda, dobre obyczaje są ważniejsze niż jakiekolwiek prawo i tego nie da się zapisać. Warto to sobie wziąć do serca również na sali plenarnej.

Druga kwestia, to jest to, co mówiła pani prof. Hrynkiewicz. Muszę stanąć w obronie szpitali powiatowych – lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, fizjoterapeutów, rehabilitantów, całego personelu medycznego, który tam wykonuje ciężką pracę i dba o swoich pacjentów najlepiej jak potrafi. Oczywiście, błędy zdarzają się nawet w najlepszych klinikach na świecie – błędy w sztuce lekarskiej i pomyłki. Takie rzeczy się zdarzają. Nie możemy jednak poprzez pryzmat złego doświadczenia jednostkowego oceniać szpitali powiatowych, bo bez nich nie ma dzisiaj polskiej służby zdrowia i nie jesteśmy w stanie zapewnić jakiegokolwiek standardu opieki naszym pacjentom.

Następna kwestia – do pana ministra. Panie ministrze, pan mówi, że dopisuje do rozporządzenia. Czyli, jednak te posiedzenia Komisji i nasz głos coś dają, bo w projekcie ustawy nie ma wpisanych do pierwszego profilu ani ortopedii, ani neurologii… W pierwszym profilu nie ma neurologii ani ortopedii. Pan na pewno analizował 235 uwag zgłoszonych do ministra zdrowia w takcie konsultacji. Najwięcej uwag wiązało się z obawami szpitali mniejszych, powiatowych, w których, na przykład, 3-4 oddziały kwalifikują się do profilu, ale pozostałe 6 oddziałów będzie musiało wystartować w konkursie. I pan na te pytania w imieniu ministra odpowiadał „tak, wszyscy możecie startować w konkursie”. To ja zastanawiam się, po co w ogóle jest ta zmiana. Jeżeli mówicie z jednej strony, że sieć szpitali będzie mieć finansowanie, a z drugiej strony, że wszystkie inne podmioty mogą stanąć do konkursu – w domyśle można zrozumieć, że one wszystkie wygrają w tym konkursie – to, tak naprawdę, nic się nie zmieni… Zmieni się, bo wypadną te szpitale, które nie „załapią” się ani do profilu, ani do konkursu. My o nie się upominamy. O te oddziały, które nie będą ani w sieci, ani nie będą w konkursie.

Z panią profesor Hrynkiewicz muszę się zgodzić, bo martwię się o rehabilitację. To jest poważne zmartwienie. Czy szpitale monospecjalistyczne rehabilitacyjne – to niewątpliwie wiąże się z kardiologią, a szczególnie z rehabilitacją kardiologiczną – będą finansowane w ramach sieci? Czy zostaną dopisane przez ministra zdrowia do sieci, czy będą musiały startować w konkursie?

W mojej rodzinnej Małopolsce są dwa takie szpitale, które do dzisiaj nie wiedzą, czy znajdą się w sieci, więc czują ogromną niepewność. Niepewność odczuwają również pacjenci, którzy tam się zgłaszają. To nie są problemy teoretyczne.

Ja rozumiem, że minister Radziwiłł w pewnym momencie powiedział, że smog jest problemem teoretycznym, choć ja uważam zupełnie inaczej. Tu kompletnie się nie zgadzamy, bo według danych, 48 tys. Polaków umiera rocznie z powodu smogu. To też wiąże się z kardiologią, bo smog wypływa nie tylko na choroby układu oddechowego, ale również na choroby układu krążenia – na zawały, udary i ostre, nagłe zatrzymania krążenia. To są tematy, które chcemy poruszać, i mamy to prawo. Mamy też prawo do odmiennego zdania, panie ministrze.

Nam ta zmiana może się nie podobać. Wy macie prawo, bo wygraliście wybory, przeprowadzać te zmiany. Ja wam tego prawa nie odbieram, ale szanujcie też… Rozmawiajmy merytorycznie. Ja z tym się zgadzam. Gdyby minister Radziwiłł na posiedzeniu Komisji, kiedy było pierwsze czytanie, odpowiedział merytorycznie na pytania, również swojego środowiska – Naczelnej Rady Lekarskiej, odpowiedział na pytania ekspertów i na nasze merytoryczne pytania, a nie wchodził w politykę, to może atmosfera byłaby inna. Zawsze więcej zależy od tych, którym więcej dano, a to wy wygraliście wybory i teraz od was więcej zależy. Dajcie więc dobry przykład debaty merytorycznej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, pani premier Kopacz.

Poseł Ewa Kopacz (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, z niepokojem spoglądamy na tabelkę, której autorem na pewno nie jest opozycja, a jest przygotowana według danych Narodowego Funduszu Zdrowia. Tu czytamy, że na leczenie szpitalne będzie

łącznie minus 5%, na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną minus 1%, na rehabilitację minus 5%. Oczywiście, nijak to się ma do podniesienia jakości tej opieki skoordynowanej, o której tak często się mówi w świetle procedowanej ustawy.

A ja mam konkretne pytanie, bo tu chodziło o konkretne pytania do pana ministra. Panie ministrze, w algorytmie ryczałtu początkowego oczywiście zostaną skonsumowane tak zwane współczynniki korygujące. Rozumiem, że to będzie wyłącznie w tym początkowym algorytmie, a w następnych, w przyszłości, one już tam się nie znajdą. Czy i jaka będzie wartość jednostki rozliczeniowej? Czyli, jaka będzie wartość punktu i czy AOS w tej wartości punktu będzie połączony ze szpitalnictwem, bo jak można dać więcej na wartości punktu mając jednocześnie zmniejszone finansowanie w takich obszarach jak rehabilitacja, szpitalnictwo i AOS. Rozumiem więc, że jeśli połączona byłaby wartość punktu, czyli jednostki rozliczeniowej AOS-u i szpitalnictwa, to można dać ich minimalnie więcej niż dotychczas w danym obszarze, a jednocześnie i tak będziecie musieli dać mniej w całości, bo macie mniej na leczenie szpitalne, rehabilitację i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.

I chcę państwu powiedzieć, że ze zdziwieniem przyjmuję tę dyskusję, która mówi o tym „będzie lepiej, nie bójcie się – część szpitali czy oddziałów, która nie znajdzie się w sieci, będzie mogła przystąpić do konkursu". Pani poseł Gelert powiedziała, że przyznawanie tego ryczałtu niczym się nie różni od dotychczasowej procedury tak zwanego aneksowania. Zgoda, pod jednym warunkiem, że będzie tylko w pierwszym przypadku, kiedy będzie w algorytmie ryczałtu początkowego, potem, niestety, ryczałt pozbawiony współczynników korygujących będzie już mniejszy. W związku z tym, nawet aneksowanie nie będzie już tak korzystne dla oddziałów. Zastanawia mnie jednak, dlaczego dzisiaj państwo mówią, „niech cała reszta, która nie «załapie» się do sieci, staje do konkursów". Oczywiście, oni staną do konkursu, bo to dla niech jest być albo nie być, tylko w ramach jakich konkretnych pieniędzy, za jaką wartość punktu rozliczeniowego i czy okaże się, że państwo nagle rozłożą ręce i powiedzą „my daliśmy im szansę, że oni przystąpią do konkursu", ale oni upadną po roku, bo pieniądze, które w ramach tego konkursu dostaną, nie pozwolą im funkcjonować na odpowiednim poziomie i leczyć pacjentów. Jest to więc takie naturalne wycinanie, ale nie waszymi rękoma, bo nie macie na to odwagi. Mówicie więc „niech przystąpią do konkursu", a oni i tak sami się wykończą jako jednostki, które jednak będą musiały się bilansować.

I jeszcze jedno. Proszę państwa, nie opowiadajcie legend, że jeśli coś zmniejszacie, to nagle w trakcie roku rozliczeniowego – biorąc pod uwagę liczbę pacjentów, którzy będą przychodzić, bo nie podejrzewam was o zdolność cudownego rozmnażania tych pieniędzy ani waszych dyrektorów, którzy będą zarządzać tymi placówkami – jednak tych pieniędzy będzie więcej. A dlaczego? Może dlatego, że pan minister będzie ręcznie interweniować, a może będzie rozpisywał rokowania czy konkursy, bo nagle się okaże, że tych pieniędzy według tej tabeli nie naszego autorstwa – nie autorstwa opozycji – będzie zdecydowanie mniej. Pytam więc tylko o wartość jednostki rozliczeniowej…

Pani poseł, ja wiem, że to jest dla pani trauma, że trzeba słuchać i czekać na swoją kolej, i na dokładkę jeszcze coś zrozumieć po drodze, ale taka jest kolej rzeczy. Nie ma przymusu, żeby przychodzić tutaj, na posiedzenie Komisji, zwracać uwagę innym, a jednocześnie nie szanować następców, którzy zabierają głos… Ja szanuję. Wysłuchałam pani wypowiedzi z wielkim szacunkiem, nawet pani żalów, że zostało zwołane posiedzenie Komisji, na które nie musiała pani przychodzić. W związku z tym, dzisiaj proszę tylko o jedno, żeby odpowiedzieć mi na konkretne pytanie – nie robić wycieczek osobistych – jakie to będą pieniądze. Panią to też powinno interesować, bo pani w swoim regionie, w swoim szpitalu i zarządzającym tymi szpitalami będzie musiała odpowiedzieć, w ramach jakich pieniędzy będziemy się ubiegać o nasze kontrakty. I pani, zgodnie z prawdą, będzie musiała powiedzieć „minus 5% na szpitalnictwo, minus 1% na AOS i minus 5% na rehabilitację". To jest ta prawda. Dlatego dopytuję. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Gelert. Widzę. Wszyscy po kolei.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, bardzo dziękuję za odpowiedź, ale chciałabym, żeby pan skonkretyzował. Dziękuję również, że nie podsumował pan, że może nie doczytałam, iż nie ma opieki koordynowanej, ale, jeśli chodzi o sposób płacenia, to czy odbywa się to w ramach tych samych pieniędzy. Chodzi tylko o to, czy to będzie opieka koordynowana płacona poza ryczałtem, czy reszta kardiologii w ryczałcie. Czy to będzie leczenie szpitalne z tych samych pieniędzy, bo tutaj nie widać, żeby tych pieniędzy przybywało, a wręcz jest mniej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, pan poseł Ostrowski.

Poseł Krzysztof Ostrowski (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Na początku miałem zamiar nie zabierać głosu, ale strony sporu się okopały. Tak jakby zmierzamy do głosowania, ale nie da się… Pan poseł Kamysz zdopingował mnie do polemiki. Pomyślałem, że jednak ma pan poseł na nas dobry wpływ. Najpierw dwa aspekty, które – jak myślę – są ważne, a potem refleksja ogólna.

Po pierwsze, pan poseł po raz kolejny martwi się o kondycję szpitali powiatowych, których reprezentantem też się czuję. Pracowałem tam wiele lat. Martwi się o oddziały, które nawet nie będą zamykane, ale będą musiały startować w konkursie. Powiem panu posłowi, że ja nie rozumiem tego, co pan tu mówi, bo przecież wszystkie szpitale powiatowe, tak naprawdę, mieszczą się w sieci. One a priori w tej sieci się znajdą.

Natomiast, obawa pana posła dotyczy poszczególnych oddziałów, które będą musiały startować w konkursie. Powiem ze swojego doświadczenia, patrząc na moje województwo wielkopolskie, że rzeczywiście znam kilka takich oddziałów, które mogą w tej sieci się nie zmieścić albo będą musiały konkurować o usługi. Jednak, panie pośle, panie ministrze, nie jest tak, że w medycynie każdy może robić wszystko. Teoretycznie tak jest, ale w praktyce jednak tak nie jest. Chcę panu powiedzieć, że w przypadku tych oddziałów, jeżeli chodzi o sytuację zagrożenia – nie chcę ich wymieniać z nazwy i miejsca, a jest wolny wybór oddziałów, gdzie pacjent może się leczyć – to niech mi pan wierzy, że pacjenci wybierają duże kliniki. Wolą jechać daleko, czekać w kolejkach, ale być leczeni przez dobrych specjalistów na bardzo dobrym sprzęcie. Mnie nieraz jest szkoda tych pieniędzy, które przeznaczamy na te oddziały, bo one przy tej zbyt krótkiej kołderce mogą przyczynić się do tego, żeby usługi były na lepszym poziomie.

I druga teza, jaką pan poseł tu stawia. Na poprzednim posiedzeniu Komisji też pan ją stawiał, a ja nie komentowałem. Nie rozumie pan takiej sytuacji, że może być potencjalnie mniej pieniędzy, mniej szpitali, a usługi świadczone przez szpitale mogą być lepsze i kolejka może być krótsza. Chcę powiedzieć, że przecież my wszyscy to wiemy, że łóżek szpitalnych w Polsce jest za dużo i często są szpitale, w których wykonanie tego, co zleca Narodowy Fundusz Zdrowia na oddziale zabiegowym, jest dokonane już w połowie roku. Jeżeli to są dobre oddziały, to dlaczego ich lepiej nie obłożyć, a nie zastanowić się nad tymi, które te usługi gorzej świadczą.

Na koniec refleksja ogólna na temat kardiologii. Ja z uwagą wysłuchałem tej dyskusji…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, niech pan sekundę poczeka. Proszę o ciszę na sali. Proszę bardzo.

Poseł Krzysztof Ostrowski (PiS):

Dzisiaj dyskutujemy na temat kardiologii inwazyjnej, która w rozumieniu panów profesorów jest zagrożona i zagrożona jest jakość świadczeń. Zapewne te obawy mają jakieś uzasadnienie. Jeżeli o tyle zmniejsza się wartość punktu, wartość wyceny, to pewnie tak jest. Chcę jednak powiedzieć coś takiego, że kardiologia to nie tylko kardiologia inwazyjna. To także kardiochirurgia i kardiologia zachowawcza, ale też rehabilitacja.

Przez ostatnie lata, działając jako internista w diagnostyce, z dumą obserwowałem poprawę wskaźników umieralności w kardiologii inwazyjnej, bo rzeczywiście mamy z czego być dumni, ale z troską i absolutną dezaprobatą obserwowałem to, co się działo w kardiologii inwazyjnej, że pacjenci, którzy wychodzą z naszych pracowni hemodyna-

miki, potem się błąkają. Jeżeli stać ich było na leczenie prywatne, to było OK., a jeżeli nie było ich na to stać, to wyniki leczenia inwazyjnego były zaprzepaszczane. Mamy nadzieję, że to, co proponuje pan minister, co my proponujemy, to summa summarum poprawi leczenie kardiologiczne w Polsce i wskaźniki całościowe leczenia będą lepsze. Taką mam nadzieję. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Tytułem wyjaśnienia chcę powiedzieć, że my dzisiaj nie mówimy tylko o kardiologii inwazyjnej, ale o zabezpieczeniu całego poziomu sercowo-naczyniowego. Chciałabym to bardzo mocno podkreślić. Następną osobą w dyskusji jest pan poseł Raczak. Bardzo proszę.

Poseł Grzegorz Raczak (PiS):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, padały tutaj takie określenia, że jeżeli wszystkie szpitale będą w sieci, to co właściwie się zmieni. Chciałbym więc powiedzieć, że bardzo ważne jest to, że skończy się pogoń za zyskownymi procedurami i będzie większa koncentracja na leczeniu pacjentów. Ja jestem ordynatorem oddziału kardiologicznego i stykam się z tym na co dzień, że jeżeli szpitale działają w tym systemie, co obecnie, to pogoń za pacjentami zyskownymi, bardziej lub mniej widoczna, jest wszędzie, a to zakłóca pracę lekarską. W nowym systemie tego nie będzie. Ja akurat z tego aspektu się cieszę. Są oczywiście zarzuty, czy będzie wystarczająca konkurencyjność, czy będzie kontrola jakości, ale tym na razie martwić się nie należy.

Niestety, wyszedł pan przewodniczący. Jest pan, świetnie, bo ja słyszałem to w pana wypowiedzi dwukrotnie, dlatego chciałbym, żeby pan to sprostował. Powiedział pan, że głównym mordercą w Polsce jest kardiologia…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jednym z głównych…

Poseł Grzegorz Raczak (PiS):

Nie kardiologia. Choroby układu sercowo-naczyniowego, a nie kardiologia. W imieniu kardiologów chciałbym zaprotestować…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Wiadomo, o co mi chodziło. Jeśli pan oczekuje sprostowania, to prostuję. Oczywiście, chodziło mi o choroby układu sercowo-naczyniowego. To oczywiste.

Teraz będzie przemawiać pan poseł Latos. Chciałbym więc to podkreślić i powiedzieć panu przewodniczącemu – proszę zwrócić uwagę na to, jak wygląda nieprzerywanie mówcy. Oddaję panu głos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

I teraz również wiem, jak wygląda nie bycie złośliwym. Ja muszę się odnieść, szanowni państwo, i jeszcze raz spróbować wytłumaczyć rzeczy, które – jak się wydaje – są banalnie proste. Okazuje się, że może nie.

Zwracam się szczególnie do przesympatycznego pana ministra Kosiniaka-Kamysza. Panie ministrze, naprawdę wszystkie ważne szpitale powiatowe i duże kliniczne, uniwersyteckie są w systemie. Właśnie po to, aby szpital powiatowy nie był zagrożony, państwo szukali jakiegoś rozwiązania. Wymyśliliście doraźnie aneksowanie, aby szpital powiatowy nie stracił części kontraktu i płynności finansowej, bo część kontraktu mu wypadnie. Sam pan przyzna, że nie można w nieskończoność aneksować umów, więc jedną z korzyści wprowadzenia sieci szpitali – oczywiście, nie jedyną – dla tych szpitali powiatowych, bez względu na to, czy są publiczne czy niepubliczne, będą gwarancje finansowe. Proszę mi wierzyć, że to jest odczuwalna korzyść. I proszę to u siebie w okręgu mówić, tłumaczyć i uspokajać, a nie robić odwrotnie. Tyle w tej sprawie. Myślę też, panie przewodniczący, że warto posłuchać zaproszonych gości, którzy zgłaszają się od dłuższego czasu. Tyle z mojej strony.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Oddam głos także gościom, kończąc pulę pytań poselskich. To jest oczywiste. Chcę tylko przypomnieć, że o godzinie 15.00 mamy kolejne posiedzenie Komisji poświęcone dość dużej ustawie. W związku z tym, proszę o dyscyplinę czasową.

Kto z państwa posłów chce jeszcze zabrać głos? Poseł Hok.

Poseł Marek Hok (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Szanowna Komisjo, coraz częściej, również ze strony parlamentarzystów PiS-u, pada stwierdzenie, że niestety, niektóre szpitale będą zamykane i niektóre oddziały nie otrzymają kontraktu. W związku z tym, może warto zastanowić się nad jednym. Te szpitale nie muszą być zamykane, nie muszą być ograniczane. One powinny być przekształcane w oddziały długoterminowe, rehabilitacyjne, opiekuńcze, geriatryczne. O tym zupełnie nie mówimy.

Demografia jest jednoznaczna. Społeczeństwo polskie starzeje się najszybciej w Europie. O tych zagadnieniach – jak powiedziałem – zupełnie nie mówimy. A na geriatrię, o której tak dużo mówi się na forum publicznym, zupełnie nie zwracamy uwagi. Nie ma w sieci propozycji dla tych szpitali. Tak więc, nie musimy zamykać, nie musimy likwidować, musimy przekształcać.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Oddaję ponownie głos gościom z dyscypliną czasową wypowiedzi do minuty. Bardzo proszę o podniesienie rąk, żebym wiedział, ile osób przed nami. Zaczynamy od pana. Proszę o przedstawienie się i instytucji, jaką pan reprezentuje.

Prezes Zarządu Polsko-Amerykańskich Klinik Serca SA Paweł Buszman:

Paweł Buszman. Szanowni państwo, przede wszystkim pieniędzy na kardiologię jest za mało. Udowodniłem to w trakcie mojej prezentacji. Nie uzyskaliśmy tutaj odpowiedzi, czy tych pieniędzy będzie więcej. Ich nie będzie więcej, to wiemy już na pewno. A prawdopodobnie będzie mniej.

Druga rzecz jest taka, że, tak jak onkologia, kardiologia wymaga nowego programu. To też pokazywałem państwu na ostatnim slajdzie. Potrzebujemy nowego programu leczenia chorób układu krążenia. To dotyczy nie tylko OZW. Jeśli chodzi o OZW, to dzisiaj w Polsce pacjent musi dostać zawału, żeby uzyskać nowoczesną diagnostykę i leczenie, ale wtedy jest już za późno, bo każdy zawał to gorsze rokowanie roczne i ryzyko wystąpienia niewydolności serca.

To, że w Polsce niektórzy mówią o ośmiuset, a niektórzy o milionie pacjentów z niewydolnością serca, to jest wstyd, dlatego, że nigdzie w Europie Zachodniej nie ma tak wysokich wskaźników zapadalności na niewydolność serca, a jest to, niestety, grzech zaniechania. W tej chwili czas oczekiwania na poradę kardiologiczną w AOS sięga nawet półtora roku – są takie powiaty w Polsce. I to jest najgorsze, że czas oczekiwania na kardiologa, diagnostykę, leczenie w szpitalu, jest bardzo długi. Standardy europejskie…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie profesorze…

Prezes Zarządu Polsko-Amerykańskich Klinik Serca SA Paweł Buszman:

…to 3 dni na poradę kariologiczną, do tygodnia na leczenie specjalistyczne. Po mnie będzie mówić pan prof. Bachanek na temat jakości w kardiochirurgii i limitowania zabiegów kardiochirurgicznych. My powinniśmy wprowadzić program podobny do programu onkologicznego, gdzie nie ma żadnych limitów na diagnostykę i leczenie chorób układu krążenia, żeby uzyskać te cele, o których mówiliśmy – zmniejszenie śmiertelności sercowo-naczyniowej o połowę, co przekłada się na wiele innych wskaźników. I jeszcze druga rzecz, odnośnie do sieci…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie profesorze, prosimy…

Prezes Zarządu Polsko-Amerykańskich Klinik Serca SA Paweł Buszman:

Już kończę. Sieć szpitalna nie gwarantuje, że wejdą do niej najlepsze ośrodki i te, które spełniają wymogi PTK. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Oddaję głos kolejnym mówcom. Kto się zgłasza? Proszę podnieść rękę i bardzo proszę o pilnowanie dyscypliny czasowej.

Członek Rady Nadzorczej Polsko-Amerykańskich Klinik Serca SA Andrzej Bochenek:

Postaram się bardzo krótko. Jestem kardiochirurgiem. Kardiochirurgia tak samo wstała z kolan jak kardiologia przed wielu laty, a moje obawy są takie, że z powrotem na kolana możemy upaść, dlatego, że bardzo łatwo było cofnąć i zmienić wyceny kardiologiczne, a bardzo trudno jest zmienić wyceny kardiochirurgiczne niezmieniane od lat. O ile mówimy o tym, że pewne procedury są przecenione, o tyle procedury kardiochirurgiczne są znacznie niedocenione. Pytając 5 lat temu studentów na szóstym roku, jaką wybierają specjalizację, słyszałem – kardiochirurgia. Dzisiaj nikt na tę specjalizację nie chce iść. Będziemy mieć wielką lukę pokoleniową. To jest duży problem.

Kolejna sprawa jest taka, że kardiologia, kardiochirurgia i chirurgia naczyniowa wszystkie razem powinny być włączone. Powinniśmy pracować w zespołach sercowo -naczyniowych. I tak, jak powiedział pan prof. Buszman, musi być nowy program. Taki, który przede wszystkim będzie oceniać jakość. Dzisiaj NFZ płaci za rożne usługi, nie patrzy na jakość.

I kolejna sprawa, która mnie bardzo martwi. To jest to, że będzie większa wycena dla szpitali uniwersyteckich. I nie dlatego, że nie chcę, żeby to było lepiej wycenione. Dlaczego dobrze zrobione by-passy na kardiochirurgii w Bielsku mają być wycenione taniej niż tak samo zrobione by-passy w Warszawie? Finansowanie instytutów i jednostek, które powinny wdrażać nowe technologie, nie powinno być ważone wyceną usługi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Już oddaję głos, panie profesorze. Równie dobrze można zadać pytanie, dlaczego na szpitale jest 5% mniej, a na POZ 13% więcej. To są pytania, na które wszyscy znamy odpowiedzi. Bardzo proszę, panie profesorze.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Czy ja mogę się odnieść?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jeśli pan teraz musi się odnieść, bo miał właśnie mówić pan profesor Dudek.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Szanowni państwo, dane, które są przedstawiane w tym wykazie, nie są prawdziwe. Po prostu – już o tym wspomniałem – odnoszą się do różnych kategorii. Jest początek planu finansowego… To nie jest nasze zestawienie. Pan profesor powinien o tym wspomnieć. Należy porównywać poszczególne kategorie… To jest zestawienie przygotowane przez zaproszonych gości. Należy porównywać kategorie, które się ze sobą porównuje, a więc początek planu finansowego z początkiem planu finansowego, a koniec planu finansowego z końcem planu finansowego.

Trzeba również zastrzec – mówiła to pani poseł Kopacz – że plan finansowy Funduszu zmienia się w ciągu roku. Mamy taką szczęśliwą sytuację, że środki finansowe co roku się zwiększają… I taka sytuacja jest również teraz. Wspominałem też o tym, że wykorzystując odpowiednie instrumenty finansowe plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia zostanie skorygowany w taki sposób, żeby zapewnić odpowiednie finansowanie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Przede wszystkim zostanie skorygowany w ten sposób, że chcecie zlikwidować NFZ. Pan profesor Dudek.

Przewodniczący Rady Instytutu Kardiologii UJ CM Dariusz Dudek:

Szanowni państwo, ja jestem twórcą tej tabeli, która jest pokazywana. Dane ściągnąłem z oficjalnych stron Narodowego Funduszu Zdrowia. Tak jak powiedziałem dzisiaj dziennikarzom i tutaj, zdaję sobie sprawę z tego, że, tak jak pan prezes Jacyna i pan minister podczas naszej konferencji prasowej wyjaśniali, są korekty w trakcie roku. Jednakże ten plan był planem wyjściowym 2017 r., czyli takie były założenia. Panie tutaj mówią,

że to jest 35 mld zł. Cieszy nas to. Dziękujemy. Właśnie o to chodzi. Natomiast, dane pochodzą ze stron NFZ. Tabele zrobiłem rzetelnie, opierając się na danych, jakimi dysponujemy w informacji publicznej.

Z mojej strony, chciałbym państwa prosić o trzy rzeczy. Po pierwsze, jeżeli myślimy o sukcesie naszego pokolenia – młodszego czy średniego, tak się nazywamy – to proszę, żeby ten nasz sukces międzynarodowy, w tym na arenach europejskich i amerykańskich, nie stał się sygnałem do ataku. Najmłodsze pokolenie naszych kardiologów – mówię to jako profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego – patrzy na te wszystkie ataki i boi się o przyszłość. Mówił o tym pan profesor Bochenek, że nie będzie kardiologów inwazyjnych i kardiochirurgów, bo teraz podejście do pacjenta z nożem, by-passem czy stentem to dla kardiologa jest zagrożenie prokuraturą. To jest non stop lęk i panika. Tak być nie może… To zapraszam do kliniki. Polskie społeczeństwo i sukces finansowy… Młode pokolenie musi widzieć swój sukces merytoryczny i swój sukces finansowy, a także przyszłość rozwoju zawodowego w Polsce na rzecz Europy.

Bardzo też proszę o drugą rzecz – proszę o to wszystkich parlamentarzystów wszystkich partii – żeby zmniejszyć nacisk prokuratury na codzienną pracę kardiologów i medyków. Tak nie da się pracować. Ludzie boją się podchodzić do stołu i tak dłużej być nie może. Jeżeli ktoś ma być ukarany, to niech będzie ukarany, ale dajcie państwo funkcjonować ludziom w tym państwie tak, jak działają w Europie.

I chcę powiedzieć ostatnią rzecz. Pracuję 10 lat w Europejskim Towarzystwie Kardiologicznym. Najlepszym rozwiązaniem jest takie, kiedy jest konsens. Głosowanie zawsze jest porażką. Jeżeli wszyscy na coś się zgadzają – tego mnie nauczono w Zarządzie ETK – to jest dobrze. Jeżeli jest głosowanie, to już jest porażka. Nieważne, kto wygra. Dlatego prosimy o dobrą opiekę i o to, aby sieć kardiologii znalazła swoje miejsce w dużej ustawie o sieci w dowolnej formie, żeby polscy pacjenci w małych miastach, wsiach i dużych miastach nie stracili tej opieki, tego, co zostało zrobione przez 20 lat.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękujemy. Kończymy. Jeszcze jedna wypowiedź. Chciałbym tylko pana profesora zapewnić, że my jako Platforma Obywatelska w drugim czytaniu składamy poprawkę, aby tak się stało, że kardiologia wejdzie do ustawy, a nie opierało się to na deklaracjach i obietnicach rządzących.

Bardzo proszę, pan na końcu. Proszę się przedstawić. Ja nie widzę z tej odległości, kto się zgłosił.

Kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA Robert Gil:

Robert Gil, profesor Polskiej Akademii Nauk, ordynator Kliniki Kardiologii Inwazyjnej w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA. Ja chciałbym prosić o jedno, proszę państwa – na bok spory polityczne, zdrowie naszych pacjentów jest w tej chwili najważniejsze. Dzisiaj po raz pierwszy usłyszałem wiele uspokajających informacji, które teoretycznie powinny pozytywnie rokować, jeśli ta sieć wejdzie. Dlaczego jednak, proszę państwa, w tej ustawie nie ma stosownych zapisów, które zapewnią, bez względu na to, jaką strukturę organizacyjną przyjmie następca Narodowego Funduszu Zdrowia, że tam powinny się znaleźć… Jeżeli te zapisy będą jasne i klarowne, jeżeli będziemy przekonani, że starczy pieniędzy dla naszych pacjentów, to w tym momencie cała reszta jest mało istotna.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Rozumiem, że wyczerpaliśmy listę mowców. Bardzo dziękuję wszystkim gościom i dziękuję państwu.

Zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia.